Rok XLV. Kraków 13 Października 1906. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O nerwobólu międzyżebrowym *(neuralgia intercostalis)* głównie ze stanowiska skarg chorego.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Mianem nerwobólu międzyżebrowego oznaczamy, jak wiadomo, ból w obrębie rozgałęzienia dwunastu par nerwów grzbietowych.

Oprócz gałązek ruchowych, które nas tym razem nie obchodzą, wspomniane nerwy grzbietowe oddają cały szereg gałązek czuciowych, unerwiających okolicę nadramieniową, całe plecy, lędźwia, aż do grzebienia kości biodrowej, oraz boczną i przednią powierzchnię klatki piersiowej i brzucha. Nadto, o czem nie należy nigdy zapominać, pierwszy nerw grzbietowy prawie sam wyłącznie tworzy nerwy skórne ramienia: wewnętrzny większy i mniejszy *(nn. cutaneus brachii internus major et minor)*, a drugi i trzeci nerwy grzbietowe dają szereg gałązek czuciowych do skóry dołków pachowych.

Z powyższego wynika, że nerwobólem międzyżebrowym nazywamy ból, powstający w wyliczonych częściach tułowia i rozszerzający się na okolicę pachową i na wewnętrzną powierzchnię ramion.

I.

Jest rzeczą wprost uderzającą, jak często cierpienie to, tak elementarnie proste co do rozpoznania, jest u nas zapoznawanem lub rozpoznawanem, jako coś zupełnie innego, o czem później będę miał wielokrotnie sposobność wspomnieć. To właśnie nadzwyczaj częste nierozpoznawanie nerwobólu międzyżebrowego skłoniło mnie do zwrócenia na niego uwagi w niniejszej pracy. Robię to zaś tem śmielej, że na zasadzie poszukiwań w piśmiennictwie przekonałem się, że według wszelkiego prawdopodobieństwa cierpienie to pozostaje często nierozpoznawanem nie tylko u nas, ale i na zachodzie. Przemawiają za tem bardzo skromne liczby odnośnych spostrzeżeń, podawane w podręcznikach. Dość powiedzieć, że w klasycznej i bardzo obszernej monografii o nerwobólach wogóle, liczącej z górą 730 str. druku, wydanej w roku 1841-ym przez słynnego Valleix, liczba opisanych przez niego przypadków nerwobólu międzyżebrowego wynosi 25[1]). Cytowany przez niego Bassereau opisał przypadków omawianego cierpienia 37. Eulenburg opiera swoje doświadczenie na własnych 27 przypadkach Bernhardt[2]) zaś spostrzegał ich 45. Tymczasem ja na 2906 zapisków, dotyczących bywających u mnie w ciągu ostatnich kilku lat chorych przychodnich, znalazłem 258 razy rozpoznany nerwoból międzyżebrowy. Wprawdzie chorzy z podobnemi skargami przychodzą przeważnie do lekarza do domu, sądzę jednak, że nie będzie przesady, jeżeli powiem, że pomiędzy chorymi w mieście oraz w prowadzonym przezemnie oddziale szpitalnym widziałem przynajmniej drugie tyle przypadków nerwobólu międzyżebrowego, zwłaszcza postaci ciekawszych, omówionych poniżej w grupach, objętych znakiem II B. Wynika stąd, że osobiście spostrzegałem co najmniej 500 przypadków tego cierpienia. Jest to liczba tak rażąco większa od tych, które posłużyły za podstawę powyżej wyliczonym autorom, iż śmiało na jej zasadzie wypowiedzieć mogę przypuszczenie, że i na zachodzie cierpienie to jest nierównie częstszem, niżby to z książek sądzić można.

Tu spieszę dodać, że (poza wnioskami o rokowaniu i leczeniu) w dalszym ciągu niniejszej pracy opierać się będę wyłącznie na wymienionych 258 przypadkach z mojej klienteli domowej, gdyż zapisków o chorych w mieście nie prowadzę, w szpitalu zaś nerwoból międzyżebrowy spostrzegam prawie zawsze, jako cierpienie dodatkowe, towarzyszące temu, które sprowadziło chorego na oddział przytem najczęściej szybko wyleczone. Wskutek tego zostaje ono, przy wypisywaniu chorego z oddziału, zanotowane na karcie szpitalnej, obok rozpoznania głównego, stosunkowo tak rzadko, iż dla otrzymania liczby ścisłej musiałbym przejrzeć całkowity tekst kart szpitalnych z lat 10, od których oddziałem zarządzam. Nie miałoby zaś to celu, zwłaszcza zważywszy, iż mój materyał domowy jest w tym kierunku tak obfity, że sam do wniosków aż nadto wystarcza i że on właśnie najciekawsze moje spostrzeżenia zawiera.

Zastrzegam się również, że pomiędzy wspomniane 258 przypadki nie został wciągnięty żaden taki, w którym nerwoból międzyżebrowy był objawem wtórnym, np. tętniaka aorty, nowotworu lub próchnienia kręgów, nowotworu kanału kręgowego, zapalenia opon mózgowych, wiądu lub zapalenia rdzenia kręgowego lub innej sprawy podstawowej, do której rozpoznania nerwoból posłużył mi tylko jako jeden z mniej lub więcej ważnych objawów. Przeciwnie, ma-

[1]) Valleix: Traité des nevralgies. Paris. J. B. Baillère 1841. Str. 333—430.

[2]) M. Bernhardt: Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. Nothnagel's Spec. Pathol. u. Ther. Band XI. II Theil (2 Hälfte). Str. 318—333.

teryał mój składa się wyłącznie z takich przypadków, w których nerwoból sam przez się był cierpieniem podstawowem, lub w których przynajmniej wyleczenie jego stanowiło o końcu skarg chorego, bez względu na pierwotną przyczynę jego powstania.

Skoro częstość nerwobólu międzyżebrowego jest tak znaczna, iż spostrzegałem go aż 258 razy na 2906 chorych, czyli u 8·8% leczonych przezemnie osób, zachodzi pytanie, dlaczego cierpienie to w tak znacznej, ale to olbrzymiej części przypadków nie zostaje rozpoznanem. Przekonałem się o tem wielokrotnie, zwracając na nie uwagę u chorego, który już od dłuższego czasu (nieraz lat kilka, o czem niżej), wskutek błędnego rozpoznania, leczył się z rzekomego cierpienia serca, żołądka, gośćca, zrostów po zapaleniu opłucnej, kamieni nerkowych, ruchomej nerki i t. d.

Powodów do tego jest kilka: 1) Przedewszystkiem tedy znamienne dla każdego nerwobólu przerwy w bólu zdarzają się przy nerwobólu międzyżebrowym częściej i trwają dłużej, niż przy każdym innym. Jeżeli do tego dodamy, że nawet w napadzie ból bywa czasem nie dość określonym, to zrozumiemy, że chory może często nie wiedzieć o swoim nerwobólu i wskutek tego, zasięgając porady z innego jakiegoś powodu, zapomina czasem nawet powiedzieć jednocześnie i o tej swojej dolegliwości, któraby kazała lekarzowi odrazu szukać nerwobólu międzyżebrowego. Ostatnimi czasy (od lat 3) błędu tego staram się uniknąć, zapytując o ból w boku każdego chorego, co do którego, przy zbieraniu wywiadów, widzę, że idzie o dnę (artrytyzm), neurastenię lub pierwszy okres gruźlicy płucnej, w których przebiegu nerwobóle międzyżebrowe zdarzają się szczególnie często. Dawniej zaś zdarzało mi się często, że chory mówił mi o dawno doznawanym bólu w boku dopiero przy jednej z następnych porad. Rzecz jasna, że, o ile leczenie z powodu cierpienia, sprowadzającego chorego do lekarza, jest bardzo krótkie lub dolegliwość wogóle przemijająca, nic łatwiejszego, jak przeoczyć przytem nerwoból międzyżebrowy dlatego, że chory o nim na razie nie wspomniał.

2) Nerwoból międzyżebrowy istotnie bardzo rzadko występuje w jednem tylko miejscu. Najczęściej chory ma kilka lub nawet cały szereg punktów bolesnych w różnych częściach kilku międzyżebrzy. Że zaś, jak tylko co wspomniałem, ból często znika, i to czasem na dłuższy okres czasu, przeto chory nieraz wspomina o tym bólu, jako o rzekomym objawie innego cierpienia, którego istnienie sam przypuszcza, najczęściej gośćca, cierpienia płuc (!) albo opłucnej, lub nawet wiatrów w kiszkach albo zaparcia stolca, stosownie do siedziby bólu. O ile tedy uwaga lekarza prześlizgnie się nad taką skargą chorego, nie maca on międzyżebrzy, ograniczając się przy badaniu klatki piersiowej do jej opukania i osłuchania. Jest to główne źródło popełnianych błędów rozpoznawczych, które poprawiałem już bardzo i bardzo wiele razy nawet u chorych, którzy się już dawno leczyli.

3) Stosunkowo często skargi chorych, choć bardzo wybitne, są jednak tego rodzaju, że, o ile lekarz nie pamięta specyalnie, że mogą one zależeć od nerwobólu międzyżebrowego, nie przejdzie mu nawet przez myśl cierpienia tego przy badaniu przedmiotowem poszukać, ew. żebra starannie obmacać. Mam tu na myśli cały szereg skarg chorego, rzekomo na cierpienia serca wskazujących, które poniżej omówię obszerniej, a nadto skargi na mdłości, oraz na taki ból w bokach, który, o ile jest odnośnie usadowiony, łudząco naśladować może kamienie żółciowe, nerkę wędrującą, cierpienia jajników i t. p. O ile lekarz nie pamięta specyalnie, że objawy te zależeć mogą i od odnośnie umiejscowionych punktów bolesnych w przebiegu nerwobólu międzyżebrowego, nie zada sobie wtedy trudu pedantycznego obmacania międzyżebrzy. Prowadzi to do błędów zasadniczych w rozpoznaniu, nieraz bardzo przykrych w następstwach, o czem niżej.

4) Czasami wreszcie chorzy, niewiedzący o tem, że cierpią oddawna na nerwoból międzyżebrowy, dostają naraz znamiennego dla wszelkich nerwobólów napadu szalonego bólu. Ale ból ten albo jest:

a) tak umiejscowiony, że mało doświadczonego lekarza naprowadzi na myśl o każdem innem cierpieniu, tylko nie o nerwobólu. Mam tu na myśli błędne rozpoznanie kamieni żółciowych, ostrego zapalenia opłucnej i gośćca mięśniowego wskutek odnośnego usadowienia się i gwałtowności bólu;

b) może być tak rozlany i gwałtowny i prowadzić może do takiego rozdrażnienia chorego, że chory nie umie o bolu swym istotnie nic takiego powiedzieć, coby wskazywało, że jest on neuralgicznym. Mam tu na myśli nerwobóle, występujące u bardzo nerwowych osób lub u dotkniętych dną (artrytyków) po niedawno przebytem zakażeniu lub zaziębieniu. Na lekarza, niedostatecznie obeznanego z nerwobólem międzyżebrowym, chorzy tacy sprawiają wrażenie, że jest to gościec mięśniowy, dusznica lub rzekoma dusznica bolesna, ew. że są to skargi czysto histeryczne. Dopiero staranne obmacanie międzyżebrzy wskazuje, że idzie o liczne nerwobóle u osobników bardzo nerwowych lub też nerwowych i dnawych (artrytycznych), lub histerycznych.

5) Piąte i ostatnie źródło błędów tkwi w tem, że choremu dolega w pewnem miejscu ciała ból lub inna przykra dolegliwość, która zależeć może od innego cierpienia, n. p. od dusznicy bolesnej, zapalenia opłucnej, wady serca, kamieni żółciowych i t. d., a jednocześnie ma chory też w tem samem miejscu lub w pobliżu jego i nerwoból międzyżebrowy. Lekarz nie wyszukuje go dlatego, że pierwsze rozpoznanie w zupełności go zadowolniło, jako pozornie wszystkie skargi chorego tłómaczące. Dopiero ujemny wynik leczenia, i to nieraz długiego, kieruje takiego chorego do innego lekarza, i ten dopiero, po starannem obmacaniu żeber, pytanie rozpoznawcze rozwiązuje i dolegliwość usuwa.

II.

Uniknięcie powyższych błędów jest możliwe dopiero wtedy, jeżeli ma się w pamięci te **skargi chorych**, które mogą zależeć od szeregu innych spraw chorobowych, a jednak występują, i to dość często, wyłącznie jako objawy nerwobólu międzyżebrowego. Omówienie tych właśnie skarg stanowi cel niniejszej pracy. Dla pełności muszę tu jednak omówić pokrótce i zwykłe objawy zajmującego nas cierpienia.

A. Skargi pospolite.

1. Najmniejsze znaczenie dla nas mają ci chorzy, których skargi są typowe dla nerwobólu międzyżebrowego. Skarżą się oni tylko na ból w międzyżebrzach, tępy, cisnący, lub rwący, strzelający, opasujący całą pierś na pewnej wysokości, czasem głuchy, czasem gwałtownie promie-

niujący w plecy, pas, lędźwie, ramię, czasem znów idący tylko w jednym kierunku — z przodu ku tyłowi lub odwrotnie. Taki typowy ból jest często o tyle silny, że krępuje chorych nietylko w kaszlu, kichaniu, śmianiu się, ale nawet w drobnych ruchach, jak pochylenie się, n p. nad stołem do pisania, zapięcie lub odpięcie ubrania, dociśnięcie, n. p. spodni lub spódnicy i t. d. O ile powyższe skargi są wybitne, innych dolegliwości nie ma, a chory potrafi wskazać nawet miejsca, które go bolą najbardziej, rozpoznanie jest bardzo łatwe. Taki bowiem ból naprowadza lekarza odrazu na myśl obmacania międzyżebrzy, przyczem okazuje się najczęściej, że chory ma po 2 lub 3 punkty bolesne w 6-em, 7-em, lub 8-em międzyżebrzu, lub w dwu z nich, albo i we wszystkich trzech.

Ale podobne przypadki, proste przez swoją typowość, stanowią rzadkość. Biorąc nawet już chorych, skarżących się tylko na ból w boku[3]), czyli tem samem podsuwających lekarzowi odrazu myśl o nerwobólu międzyżebrowym, chorzy przez to, że wiążą powstanie swego bólu z przebytem zaziębieniem, i przez to, że im najczęściej ból ten mało dolega lub wydaje się rozlanym i wyłącznie z ruchami tułowia związanym, suggestyonują lekarzy, że cierpią na gościec mięśniowy. Co gorsza, często lekarz wierzy choremu pod tym względem i razem z nim błąd rozpoznawczy i, co za tem idzie, i leczniczy popełnia. Poprawiłem go już wiele razy i u wielu chorych tylko dzięki temu, że nigdy nie zaniedbuję pedantycznego obmacania **wszystkich** międzyżebrzy, ilekroć chory skarży się na ból w boku, chociażby skarga ta była najbardziej przelotna. To jedno chroni mnie od tej tak pospolitej pomyłki. Macanie bowiem międzyżebrzy wykrywa w takich przypadkach, że ból wzmaga się przy ich uciskaniu, że trzyma się ściśle linii nerwu, występuje wyłacznie w pewnych, bardzo ograniczonych punktach, t. zw. punktach bolesnych **Valleixa**, w stopniu bardzo silnym, czasem tak kolosalnym, że chory wprost wyrywa się z rąk badającego lekarza. Powyższe punkty znajduje się zwykle w dwóch lub trzech międzyżebrzach, a czasem w jeszcze większej ich liczbie. Poza tymi punktami bolesnymi macanie międzyżebrzy nie sprawia choremu żadnej przykrości. — Przeciwnie, ból gośćcowy wzmaga się mało przy uciskaniu międzyżebrzy, lecz za to bardzo się nasila przy najmniejszym ruchu odpowiedniej grupy mięśni, następnie mięśnie są wtedy równomiernie bolesne, nie dając żadnych t. zw. bolesnych punktów.

Nawiasem mówiąc, doświadczenie moje zbiega się przy tem z ogólnie przyjętem zdaniem, że dolne międzyżebrza cierpią częściej od górnych. Najczęściej spotykałem, mianowicie, punkty bolesne w 6 em, 7 em i 8-m międzyżebrzu, t. j. tak, jak to podają **Valleix** oraz **Henle**[4]). Dotyczy to obydwu połów ciała, mianowicie, o ile idzie o części ich **nazewnątrz** linii żebrowo-obojczykowej. Na niej bowiem i na linii pachowej przedniej i tylnej znajdowałem najczęściej punkty bolesne w wymienionych międzyżebrzach. Na kącie żebra spotykałem punkty bolesne prawie tak samo często. Przeciwnie na linii, znajdującej się o 3—4 palce od kręgosłupa, wymacywałem t. zw. punkt bolesny kręgowy stosunkowo rzadko, w przeciwieństwie do zdania kilku dawniejszych autorów. Punktu na samym kręgosłupie nie znalazłem ani razu, co również nie zgadza się ze zdaniem n. p. **Valleixa**. Co do części ciała **nawewnątrz** od linii żebrowo-obojczykowej muszę rozpowszechnione zdanie, jakoby dolna połowa nerwów międzyżebrowych cierpiała znacznie częściej od górnych, uznać za błędne. Dość gdy nadmienię, że widziałem 68 chorych, którzy skarżyli się na różne dolegliwości ze strony serca dlatego, że mieli punkty bolesne między 2-em a 5-em międzyżebrzem, o czem niżej obszerniej pomówię. Na tej wysokości nerwobóle zdarzają się, według mego doświadczenia, prawie jednakowo często po obu stronach, przyczem najczęściej na linii sutkowej, po której idą, co do częstości, linia przymostkowa i mostkowa.

Wracając do skarg chorych, zaznaczam, że bywają one czasem bardzo dziwaczne. Podczas n. p., gdy nieliczni tylko chorzy te swoje urywane — że tak powiem — bardzo pod względem drogowskazu niepewne skargi co do bólu odnoszą wprost do boku, inni mówią, że boli ich łopatka, coś około łopatki, że są złamani w pasie, że ich boli przód klatki piersiowej. Dwanaście nawet moich chorych mówiło mi, że ich bolą płuca, względnie lewe płuco; dwie chore mówiły mi, że mają w lewym boku coś, co się przelewa ku tyłowi, wywołując bardzo dla nich przykre rozdrażnienie — powtarzam: „rozdrażnienie“, a nie ból. Trzy mówiły mi, że mają ból w mostku. Innej skargi nie miały, a skardze tej odpowiadały punkty bolesne w 2-em, 3-em i 4-em międzyżebrzu na linii przymostkowej i w 3-em na linii mostkowej. Skargi te mogą kombinować się w rozmaity i wprost nieprzebrany sposób z innemi, dotyczącemi rzekomo serca lub ramienia, albo i żołądka. Pamiętać o tem należy stale i nie zaniedbywać pedantycznego obmacywania międzyżebrzy przy najmniej chociażby typowych skargach chorego na ból w którémkolwiek miejscu tułowia. Czasami wynik takich poszukiwań wyrazi się jako 2 lub 3 punkty przy skardze dość jasnej; innym zaś razem można znaleźć 6, 8 albo i znacznie więcej punktów bolesnych. Niedawno, n. p. u chorej, która powiedziała mi tylko, że miewa latające bole w krzyżu i w piersiach, znalazłem po 2 punkty bolesne o 3 palce w bok od obu stron kręgosłupa, a nadto 2 bardzo czułe punkty bolesne w 3-em i 4-em międzyżebrzu na lewej linii sutkowej, oraz 3 punkty bolesne na prawej linii sutkowej w 2-em, 3-em i 4-em międzyżebrzu. Podobnych niespodzianek można mieć mnóstwo, jeżeli się tylko nie bierze lekko żadnej z powyżej wymienionych skarg, często, zwłaszcza na widok kobiety bardzo nerwowej, zakrawających istotnie na ból tak zwany „urojony“. Często zdarzało mi się słyszeć gorące wyrazy wdzięczności od podobnych osób, którym zawsze na ich żalenie się na nieokreślone bole odpowiadano, że sobie ból uroiły. Niektóre z moich chorych miały swoje bolesne punkty miesiące i lata, tak, że nie miały nietylko nadziei wyzbycia się ich, ale nawet śmiałości podkreślenia tych swoich dolegliwości. Dopiero, gdy je, po uważnem zebraniu wywiadów, wyszukałem i oznaczyłem, mówiły mi, ile się z tego powodu wycierpiały i pojąć nie mogły, dlaczego, wobec tylokrotnych ich skarg, nikt nie zadał sobie trudu uważnego obmacania ich międzyżebrzy. Coprawda, w duchu sam tego pojąć nie mogłem. Wszak nic prostszego, jak obmacać wszystkie międzyżebrza starannie, jeżeli chory skarży się na ból w boku, a wynik opukania i osłuchania

[3]) Takich chorych mam wynotowanych 128.

[4]) J. Henle: Handbuch der rationellen Pathologie. II Bd. Specieller Theil. Braunschweig 1804. Dopisek do str. 136 i 137.

chorego jest ujemny. Jest to prosty i jedyny sposób uniknięcia nie określonego bliżej rozpoznania „bolów nerwowych“ oraz t. zw. „pleurodynii“.

Dla tego ostatniego rozpoznania żywię wprost nienawiść. Nigdy bowiem ani w domu, ani w mieście, ani w szpitalu nie byłem jeszcze zmuszony go postawić. Zawsze szło tu o nerwoból międzyżebrowy, i to najczęściej o umiejscowiony z tyłu w 8-em i 9-em lub 9-em i 10-em międzyżebrzu. Dwa razy mam nawet zapisany u rzekomych „pleurodyników“ nerwoból w 10-em i 11-em międzyżebrzu. — Rozpoznaniu pleurodynii, spotykanemu, niestety bardzo często, a stosunkowo często nawet w szpitalnej praktyce przychodniej należy wypowiedzieć śmiertelną wojnę. Nie mówi ono bowiem nic, pojmuje się. jako niby histerya, niby gościec, a jest zawsze nerwobólem międzyżebrowym nierozpoznanym, a przez to też i nie leczonym. Ponieważ zaś, jak to niżej omówię, nerwoból międzyżebrowy jest cierpieniem prawie zawsze uleczalnem, przeto nierozpoznanie jego nie jest błędem akademickim, lecz grubo praktycznym.

W zwykłych warunkach życia chory, jak mówiłem, swój ból z boku lub u dołu klatki piersiowej nosi długo, bo znieść go też przy pewnej cierpliwości można, o ile nie obostrza się często do stopnia napadu, aż znajdzie się w końcu ktoś, kto sprawę rozpozna i przykre cierpienie zażegna.

Czasami jednak ból w tylnej i bocznej części klatki piersiowej występuje u osób dotąd zdrowych odrazu w postaci napadu, i to w stopniu tak gwałtownym, że nierozpoznanie jego niezwłoczne może wywołać bardzo przykre nieporozumienie z chorym i przerażoną jego rodziną, nie mówiąc już o tem, że wystawia cierpliwość chorego na nadludzką i przytem zgoła zbyteczną próbę. Nigdy nie zapomnę jednego z bliżej mnie obchodzących kolegów, do którego zostałem wezwany w dość alarmujących warunkach, a który nie tylko ruszyć się nie mógł na łóżku, ale i oddychał z tak wielkim trudem, że przeraził całą rodzinę i czuwającego już przy nim w chwili mego przybycia drugiego kolegę. Rozpoznanie nerwobólu międzyżebrowego, z następczem wstrzyknięciem morfiny (innej rady nie było wobec stopnia cierpienia) ukoiło chorego i uspokoiło całą rodzinę. Innym razem musiałem tak samo pod względem leczniczym postąpić u pewnej rosyanki, u której ból w lewym boku u dołu był tak straszny, że z trudem oddychała i drżała jak liść, co naśladowało dreszcze. Sprawiała wrażenie osoby w najpierwszym okresie zapalenia płuc. Ujemny jednak wynik opukiwania i osłuchiwania, przy prawidłowej ciepłocie naprowadziły mnie dopiero na właściwą myśl i postanowienie lecznicze.

Zaznaczywszy tak silnie potrzebę uważnego liczenia się z każdą skargą chorego na ból w boku i bezwzględną konieczność w każdym podobnym przypadku obmacania wszystkich międzyżebrzy na całym ich przebiegu, podkreślić jednak muszę i konieczność unikania w tym kierunku przesady. Obmacanie bowiem żeber i stwierdzenie niewątpliwych, wybitnie bolesnych i ściśle ograniczonych punktów znamiennych dla nerwobólu międzyżebrowego nie uprawnia lekarza bynajmniej do zaprzestania dalszych poszukiwań w klatce piersiowej. Dla uniknięcia zmanierowania się w tym kierunku mogę usilnie doradzić stale przezemnie stosowaną zasadę obmacania chorego dopiero po opukaniu go i osłuchaniu.

Po osłuchaniu jednak nie należy nigdy zaniechać obmacania międzyżebrzy nawet wtedy, jeżeli poprzednie badanie fizyczne wykazuje zapalenie opłucnej lub jeżeli cierpienie to jest chociażby w wywiadach, tłómacząc pozornie ból w boku ew. starymi zrostami. Pomiędzy moimi bowiem chorymi znalazłem nerwoból międzyżebrowy, jako jedyny powód bólu w boku u sześciu takich osób, które przebyły przedtem wysiękowe zapalenie opłucnej po tej samej stronie. po której dolegały im bole. Jedna z nich (kobieta 24 l.) przyszła do mnie w 9 miesięcy po zachorowaniu na wysięk w lewej opłucnej; znalazłem u niej 6 punktów neuralgicznych. Druga (kobieta 23 l.) przybyła do mnie w 11 miesięcy po przebytym wysięku również w lewej opłucnej. Znalazłem u niej 4 punkty neuralgiczne. Inna, 44-letnia kobieta, przyszła do mnie z 2 punktami bolesnymi w 7-em prawem międzyżebrzu w 3 lata po prawostronnym wysięku. Czwarty chory (32-letni oficer gwardyi) przyszedł do mnie ze skargą na gwałtowny ból w prawym boku w 12 lat po prawostronnym wysięku. Piątym był pewien urzędnik (42 l.), u którego znalazłem 3 wybitne punkty neuralgiczne w prawem 7-em i 8-em międzyżebrzu w 13 lat po prawostronnem suchem zapaleniu opłucnej. Wreszcie szósta chora (38-letnia) miała 4 punkty neuralgiczne w 6, 7 i 8-em międzyżebrzu lewem w 14 lat po przebyciu lewostronnego zapalenia opłucnej. Wszyscy ci chorzy zgłosili się do mnie, twierdząc, że mają ten ból bardzo często, i że tłómaczono go im zawsze, jako zależny od „niedających się rozerwać“ zrostów w opłucnej po przebytem jej zapaleniu. U wszystkich tych chorych brakowało wszelkich objawów osłuchowych, skłonny jednak jestem przypuścić, że istotnie dolegający im ból stał w związku z przebytem zapaleniem opłucnej, tylko, że zależał stanowczo od powstałego wskutek niego nerwobólu. Inaczej nie byłby powierzchownym, nie dałby się stwierdzić tak wyraźnie palcem i nie dałby się odrazu usunąć.

Wszyscy wreszcie dawni autorowie, począwszy od samego Nicod[5]) i Siebołdta, z którymi, jak sądzę niesłusznie Valleix pod tym względem polemizuje, są tego zdania, że dawne zrosty po zapaleniu opłucnej mogą wywołać, przez wytworzenie trudności w krążeniu żylnem, nerwobóle w przyległych nerwach. To też zanim się choremu powie, że ma bole nieuleczalne, wskutek zrostów „opłucnej z płucem“, jak zwykle chorzy powtarzają, należy sprawdzić, czy nie cierpi poprostu na nerwoból międzyżebrowy. Widzimy zaś chociażby z mojego materyału, że czas wystąpienia podobnego nerwobólu po zapaleniu opłucnej może się wahać w granicach bardzo szerokich, jak w moich przypadkach od 9 miesięcy do 14 lat.

Tu zastrzedz się muszę, że, aczkolwiek nie ulega dla mnie wątpliwości, że stare zrosty po dawnem zapaleniu opłucnej są stosunkowo częstym powodem nerwobólu międzyżebrowego, to jednak, w pewnej części analogicznych przypadków nie można wyłączyć i przypadkowego zbiegu okoliczności: osobnik, który miał niegdyś zapalenie opłucnej, może przypadkowo dostać z czasem nerwobólu po tej samej stronie, pomimo braku zrostów. Zupełnie ściśle niepodobna

[5]) Valleix: l. c. str. 392.

tego w każdym poszczególnym przypadku wykazać. Za tem przypuszczeniem przemawia jednak, n. p., taki szczegół, że pośród moich chorych mam zanotowane dwie kobiety, (jedna 21 l., druga 31 l.), które przebyły suche zapalenie opłucnej lewostronne — jedna przed 5 tygodniami, a druga przed 2 laty, — a które przyszły do mnie z powodu bolu w prawym boku Pierwsza z nich miała 2 punkty wybitnie bolesne na linii pachowej przedniej w 6-em i 7-em międzyżebrzu, druga zaś — 4 punkty bolesne, po 2 w 6 i 7-em międzyżebrzu, a mianowicie na linii sutkowej i żebrowo-obojczykowej.

2. Ażeby skończyć z bolami w klatce piersiowej, a mianowicie z tymi z nich, które innego cierpienia prócz t. zw. pleurodynii, gośćca mięśniowego i histeryi z rozlanymi bolami nie naśladują, zaznaczyć muszę, że zdarzały mi się nieraz przypadki, w których chorzy przychodzili do mnie ze skargami, dającemi się odrazu wytłómaczyć nerwobólem w szeregu nerwów międzyżebrowych *(neuralgia multiplex intercostalis)*, w których jednak rozpoznać to mogłem dopiero przy drugiem ich widzeniu i zbadaniu. Podobnych spostrzeżeń mam 6. Wskutek, mianowicie, dłuższego trwania nerwobólów i ich mnogości, chorzy ci byli tak rozdrażnieni przez często powtarzające się bóle i ich promieniowanie, że mieli skórę tułowia bolesną wszędzie. Uniemożliwiało to niezbędne dla skuteczności leczenia ścisłe wyszukanie punktów bolesnych. W tych przypadkach zalecałem chorym używanie w ciągu 6—10 dni bromu z antypiryną i letnie kąpiele z najlepszym pod względem leczniczym i rozpoznawczym skutkiem. Gdy, mianowicie, widziałem ich poraz drugi, mogłem u nich wyszukać i zupełnie ściśle oznaczyć punkty bolesne — po 4, 6, a nawet 8 jednorazowo. U jednej z tych chorych wyszukałem przy dwóch następnych badaniach aż 16 punktów. Tylko jednej z tych chorych, i to z powodu jej wstrętu do pryszczydeł, nie udało mi się doprowadzić do zupełnego wyleczenia. Okoliczność tę podkreślam, ażeby tem łacniej przypomnieć, że trzeba przypuszczenie nerwobólu międzyżebrowego wyłączyć z zachowaniem powyżej wskazanej ostrożności, zanim się chorego uzna za histeryka, który sobie bole wyobraża. Zdaniem mojem, jest wprost przeciwnie. Powstałe, mianowicie, na jakiemkolwiekbądź tle (o tem poniżej) nerwobóle mogą osobnika nerwowego, zwłaszcza kobietę, tak rozhisteryzować, że bliższe porozumienie się z nimi, ew. wyszukanie nerwobólów, które je do tego stopnia rozdrażniły, możliwem jest dopiero po uprzedniem leczeniu kojącem ogólnem.

W podobnych przypadkach znajdowałem punkty bolesne nietylko wzdłuż klatki piersiowej, lecz i wzdłuż lędźwi, ale to wkracza już w dziedzinę tych skarg, które przy braku doświadczenia kierują umysł lekarza pierwotnie w stronę inną, niż nerwoból międzyżebrowy z pospolitymi objawami, o którym mówię dotychczas.

B. Skargi mało pospolite.

Do skarg mało pospolitych zaliczam te, przy których chory żali się na takie objawy, iż lekarz, mniej z wielobarwnością nerwobólu międzyżebrowego obznajomiony, nie wpadnie odrazu na myśl szukania go. Skargi takie mogą dotyczyć rzekomo poszczególnych narządów lub być ogólniejszego charakteru.

Rozpatrzmy je po kolei:

3. Chory skarży się na ból w barku, mianowicie we wszystkich 6 moich spostrzeżeniach na ból w lewym barku, nie pozwalający mu swobodnie poruszać stawem barkowym, czesać się, unosić cięższych rzeczy, ubrać się w palto, poruszać karkiem. Ból ten we wszystkich sześciu przypadkach zależał od nerwobolu z siedliskiem punktu bolesnego o 3—4 palce na zewnątrz od kręgosłupa i $1^1/_2$ palca poniżej górnego brzegu mięśnia kapturowego. W dwu z nich drugi punkt bolesny znajdował się nadto na samym brzegu mięśnia kapturowego, również o 3 palce nazewnątrz od kręgosłupa. Rzeczone punkty bolesne odpowiadają t. zw. punktowi kręgowemu 1 ego nerwu grzbietowego, są jednak na to zbyt powierzchowne, tak, że sądzę, iż w przypadkach tych ból udziela się z wymienionego nerwu na przechodzącą tu właśnie jedną z gałązek nerwu nadłopatkowego, mających połączenia z 1-ym nerwem międzyżebrowym i unerwiających całą okolicę stawu barkowego. Tylko w dwóch przypadkach wymienioną skargę wypowiedziała mi chora, u której znalazłem nadto dwa inne punkty bolesne, mianowicie w 1-em i w 2-em międzyżebrzu na linii żebrowo-obojczykowej. W pozostałych 4 przypadkach innych punktów bolesnych nie było. Rozpoznanie to postawiłem naturalnie, wyłączywszy cierpienia stawu barkowego, stawów kręgowych i obocznych mięśni. We wszystkich tych przypadkach chorzy suggestyonowali mnie w kierunku gośćca. Obok siedziby bolu, szybki wynik leczenia przekonał mnie ostatecznie o słuszności mego rozpoznania. Jest to skarga bardzo mało znana. Przynajmniej nigdzie wzmianki o niej nie znalazłem. Dlatego zwracam na nią szczególną uwagę.

4. Chory skarży się na ból w ramieniu, nie mając żadnej innej dolegliwości. Takich chorych widziałem pięciu, z których tylko jedną kobietę. Dokładne badanie stwierdziło, że chorzy ci mieli bardzo bolesne punkty na linii pachowej przedniej, trzech w 1-em, 2-em i 3-em międzyżebrzu, a dwóch aż w 4 międzyżebrzach. Z powodu na wstępie niniejszej pracy wskazanych pobieżnie stosunków anatomicznych, ból ten promieniował w ramię, we wszystkich przypadkach w lewe. Z chorych tych trzech leczyło się już czas dłuższy na gościec bezskutecznie, u czwartego zaś i piątego rozpoznawano dusznicę bolesną, gdyż ze względu, widocznie, na ich wiek i tuszę u jednego i na dawną kiłę u drugiego, nie przypuszczano, by ból w ramieniu mógł być u niego innego pochodzenia. Wszyscy wyzdrowieli po przyłożeniu pryszczydeł na punkty bolesne, przyczem tylko u 2 z nich musiałem zabieg ten po ośmiu dniach powtórzyć, co w przypadkach długotrwałego nerwobólu stanowi prawie prawidło, jak to przy leczeniu omówię.

5. Czasami chory przychodzi ze skargą na silny ból w piersi, a mianowicie w lewej. Takich chorych widziałem 5, z których tylko 2 kobiety. Badanie wykryło w 2 przypadkach, że ból ten zależał od punktów bolesnych neuralgicznych w 3 em, 4-em i 5-em międzyżebrzu na linii sutkowej wyłącznie, w 3 zaś pozostałych wymienionym punktom towarzyszyły analogiczne na linii przymostkowej i pachowej przedniej Chorzy ci cierpieli na swój ból oddawna, przyczem obie kobiety od lat kilku brano z tego powodu za pospolite histeryczki, którym już nic na ten ich rzekomo urojony ból pomódz nie można. Na ogólną ilość 258 spostrzeżeń tylko pięć osób, skarżących się na ból w piersiach, jest liczbą bardzo małą. Zależy to od tego, że

liczę tu tylko tych chorych, którzy zwrócili się do mnie wyłącznie z tą skargą, pomijam zaś bardzo znaczną liczbę takich osób, przeważnie kobiet, u których, przy wyszukaniu punktów neuralgicznych, znajdowałem je, obok innych, i w okolicy piersi, przyczem chore te przyznawały się wtórnie do dolegającego im czasem bardzo ostrego bólu w piersiach. Gdyby brać w rachubę wszystkich takich chorych, zarówno kobiety jak i mężczyzn, to ból w piersiach, opisywany w obszernych podręcznikach (Erb, Bernhardt), oddzielnie, jako mastodynia, uważaćbym musiał za bardzo pospolity. Miana tego jednak nie używam, gdyż t. zw. mastodynia jest tylko jednym z licznych objawów podmiotowych nerwobólu międzyżebrowego. Gdyby zaś na każdy z nich wymyśleć osobne miano *(dynia)*, to szybko zbrakłoby pomysłów etymologicznych.

6. Do szeregu najciekawszych chorych, cierpiących na nerwoból międzyżebrowy, należą tacy, u których cierpienie to przejawia się jako szereg dolegliwości ze strony serca. Podkreślam, że idzie tu o chorych, którzy zwrócili się do mnie wyłącznie ze skargami „na serce", niczem uwagi mojej w kierunku nerwobólu nie zwracając. Chorych takich widziałem dotąd 64. Z powodu rodzaju skarg muszę ich podzielić na sześć grup.

a) Chory skarży się na bicie serca. Jest ono napadowe, czasem odczuwane przez chorych wprost jako niemiarowość, którą też tak po imieniu nazywają. Inni skarżą się na bicie serca z jego „przystawaniem", któremu towarzyszy czasem „chęć nieoddychania", lub, przeciwnie, wykonywania szczególnie głębokich ruchów wdechowych. Takich chorych spostrzegałem 24, z których 16 kobiet i 8 mężczyzn. Zaznaczają oni, że bicie serca występuje po fizycznem zmęczeniu się chodzeniem rzadko, najczęściej zaś przy kładzeniu się, i to głównie przy kładzeniu się na lewy bok. U niektórych objaw ten wzmaga się znacznie dopiero w pewien czas po położeniu się na lewy bok, przy usypianiu. Zrywają się wtedy w najwyższym niepokoju z uczuciem niemal równem „umieraniu". 4 z pomiędzy moich chorych tej grupy (3 mężczyzn!) mówiło mi, że z powodu dostawanego w łóżku tak fatalnego uczucia w okolicy serca, boją się poprostu łóżka. Inni chorzy twierdzili, że bicie serca i niemiarowość jego uderzeń odczuwają przy pracy, siedząc. Dokładniejsze wywiady wykrywały, że chorym takim szkodzi poprostu najmniejsze oparcie się o stół, lub lekkie uderzenie się w okolicę serca o cokolwiek. Prawdopodobnie dlatego właśnie silniejsze oparcie przednią powierzchnią lewej połowy ciała o łóżko przy zasypianiu przyprawia tych chorych o silny napad bicia serca i wprawia ich w takie przerażenie. Na 24 tych chorych tylko jeden zauważył sam i powiedział mi bez pytania, że silny ucisk okolicy serca przynosi mu ulgę prawie niezwłoczną, ale na czas krótki. Wymienione objawy powstawały u rzeczonych 24 chorych wskutek nerwobólu międzyżebrowego z punktami bolesnymi istotnie w okolicy serca. Najczęściej znajdowałem punkty bolesne w 4-em i 3-em, niekiedy zaś i w 2-em międzyżebrzu na linii przymostkowej i sutkowej. lub wyjątkowo na jednej tylko z tych linii. Było ich więc zwykle 4—6, wyjątkowo 3, a nawet tylko 2. Bardzo często, obok wymienionych już 4—6 punktów bolesnych, znajdowałem jeszcze po jednym punkcie na linii sutkowej w 5 em międzyżebrzu. Kombinowanie się tych punktów bywa rozmaite, tak, że raz przeważają w 2-em i 3-em międzyżebrzu, innym znów razem w 4-em i 5-em. Występują, jak mówiłem, najczęściej na linii przymostkowej i sutkowej, czasami jednak znajdowałem, obok nich, wybitne punkty bolesne na linii pachowej przedniej — najczęściej w 2-em i 3-em międzyżebrzu, ale nieraz i w 4-em Kilka razy znajdowałem też punkty bolesne przy samym lewym brzegu mostka *(p. sternalis)* w 3-em i 4-em lub w 2-em i 3-em międzyżebrzu. Nie podaję tu tabliczki rozmaitych kombinacyi według dotychczasowych moich spostrzeżeń, gdyż nie ma to zupełnie wartości, jako rzecz przypadkowa. Faktem jest tylko jedno, że ile razy chory skarży się na bicie serca, należy, poza pedantycznem zbadaniem serca opukowem i osłuchowem u chorego stojącego i leżącego (ostrożność, by serce badać także u chorego leżącego jest, jak wiem od chorych, w praktyce ambulatoryjnej dziwnie zaniedbywana), dokładnie obmacać wszystkie międzyżebrza, i to co najmniej od mostka aż do średniej linii pachowej. Tylko w ten sposób można uniknąć przeoczenia nerwobólu międzyżebrowego, który, jak w powyższych 24 przypadkach, był jedynym powodem wszystkich skarg sercowych moich chorych. Pomijam tu na razie przypadki (o których mówić będę w końcu pracy), w których omawiany nerwoból był jedynym szczegółem, zwracającym uwagę chorych na istotnie chore serce, o którego cierpieniu później, po wyleczeniu nerwobólu, zapominają, o ile im lekarz nie powiedział, że, oprócz nerwobólu międzyżebrowego, mają i organiczne cierpienie serca. — Zwracam tu jeszcze uwagę, że z pomiędzy moich chorych, skarżących się na bicie serca, większość leczyła się już przedtem na tę dolegliwość w rozmaity sposób u kolegów, których uważali za specyalistów w chorobach sercowych lub, co rzadziej, nerwowych. Przynosili mi więc mnóstwo recept, opowiadali o odbytych bezskutecznie podróżach i t. d., a wszystko to dlatego, że byli leczeni jako chorzy sercowi, albo jako zwyczajni neurastenicy, na których skargi sercowe, pomimo wielokrotnych nalegań z ich strony, lekarze odpowiadali im tylko, że jestto ból urojony.

O ile chory cierpiał na bicie serca zwrotne wskutek nerwobólu międzyżebrowego powstałego niedawno, znajdowałem punktów bolesnych nie wiele — od 2 do 5 — i jednorazowe lub 2-krotne przystawienie na te miejsca pryszczydła chorych uleczało. Ponieważ jednak niektórzy z nich, zanim do mnie przyszli, cierpieli już po lat 2, 3, a jeden nawet lat 8, więc liczba znajdowanych punktów bolesnych była znaczna. Wyszukiwałem je wtedy w 3 lub 4 posiedzeniach kolejno, szukając coraz nowych, o ile stare boleć przestały, aż w końcu żadnego znaleźć nie mogłem. Zaznaczyć jednak muszę z naciskiem, że pomimo, iż już po wygojeniu pierwszej grupy punktów najboleśniejszych chorzy przestają zupełnie lub prawie zupełnie odczuwać tak niepokojące ich bicie serca, wraca ono jednak, o ile chory, uradowany pierwszym tak dla niego efektownym skutkiem leczenia, zaniecha stawienia się dla wyszukania następnych punktów, aż do zupełnego ich wytępienia. Zawsze o tem chorych uprzedzam, i dla tego tylko 2 z pomiędzy nich zjawiło się u mnie z nawrotem cierpienia. Jeden z nich, wyższy urzędnik handlowy, 43-letni mężczyzna, zjawił się u mnie przed 2 laty, będąc poprostu zrozpaczony stanem swego serca, które „bardzo biło" lub „przestawało bić" nietylko przy chodzeniu, leżeniu, oparciu się o stół, ale i przy najmniejszem zmartwieniu, od lat 4

Po przystawieniu pierwszych 6 pryszczydeł doznał odrazu takiej ulgi, że spał już spokojnie, a po ponownych 4 pryszczydłach uważał się już za wyleczonego. W mniemaniu tem upewnił się ostatecznie, gdy po znalezieniu u mnie przy następnych dwóch bytnościach 4, resp. 2 punktów, sam, macając się potem dokładnie, nic już w okolicy serca wyczuć nie mógł. Jednakże po 7 miesiącach wrócił do mnie przerażony, że od tygodnia znowu ma bicie i zamieranie serca. Nalegałem, by pozostał tym razem w mojej obserwacyi, dopóki sam mu nie oświadczę, że punktów bolesnych nie znajduję. Jakoż istotnie znalazłem za pierwszym razem 5 punktów, za drugim tylko 3, a za trzecim już nic. Chory ten, jak dotąd (11 miesięcy), żadnej dolegliwości ze strony serca nie ma. Nawiasem mówiąc, ze smutnego, zrozpaczonego neurastenika, który zrezygnował już ze wszystkiego w życiu, stał się wesołym, dzielnym i tak pewnym siebie, że zapytał się mnie, czy, wobec tego, że ma serce zdrowe, może się żenić. Pozwoliłem i chory istotnie się ożenił.

Podobnie, mniej więcej, przedstawiała się znaczna część moich przypadków ze skargami nietylko na bicie serca, ale i na inne dolegliwości ze strony tego narządu, o których poniżej pomówię. Powyższy przypadek przytoczyłem dla przykładu, aby wskazać, jak konsekwentnie należy traktować podobnych chorych i jakim czynnikiem wytycznym w ich życiu staje się wykrycie istotnej przyczyny ich dolegliwości i, co za tem idzie, właściwe rokowanie.

A przecież niezawsze chory skarży się, wskutek nerwobólu w okolicy serca, tylko na bicie serca. Czasami dolegliwości są jeszcze przykrzejsze, o rokowaniu pozornie zupełnie wątpliwem, nawet złem, dokładniejsze zaś dopiero zbadanie chorego wykrywa, że skargi jego zależą od cierpienia tak niewinnej natury, jak nerwoból międzyżebrowy. Mam tu przedewszystkiem na myśli:

b) skargi chorego na b ó l w o k o l i c y s e r c a. Takich chorych spostrzegałem 20, z których 14 kobiet i 6 mężczyzn. Chorzy ci przyszli do mnie wyłącznie z tą skargą, mówiąc, że cierpią na ból w okolicy serca bądź tępy. bądź palący, bądź kłujący. Część ich dodawała, że gdy podobny napad bólu serca trwa dłużej, dostają też bicia serca oraz uczucia jego zamierania, któremu znowu towarzyszy z kolei uczucie duszności. Aczkolwiek część chorych twierdziła, że ból w sercu dokucza im „zawsze, stale“, udawało mi się jednak wywiedzieć, że ból ten przychodzi zwykle napadowo, tylko że napady bywają u jednych chorych rzadkie, a bardzo silne, u innych zaś silne i częste lub bardzo częste, choć iżejsze, tak że chorym się wydaje, iż cierpią ciągle. Najczęściej chory twierdzi, że boli go samo serce; inni powiadają, że mają ból pod sercem, ściśle go pod sutkiem oznaczając; jeszcze inni wskazują odrazu sami, jako miejsce owego „bólu w sercu“, drugie lub trzecie międzyżebrze. Jedna chora (28-letnia) wskazała mi przytem sama, jako miejsce najbardziej bolesne, lewy brzeg mostka w 3-em międzyżebrzu. Dla rozpoznania jest rzeczą ważną, że u większości takich chorych daje się ustalić drogą wywiadów nietylko niewątpliwe przerwy w cierpieniu, ale dość rozległe promieniowanie bólu, gdy się nasila. Kilku z takich chorych skarżyło mi się na promieniowanie bólu w okolicę stawu barkowego lub w ramię, co działo się wyłącznie w takich przypadkach, w których znajdowałem punkty bolesne w 2-em i 3-em międzyżebrzu, i co, jak wiemy, znajduje wytłómaczenie w stosunkach anatomicznych. Od większości jednak tych chorych mogłem się dowiedzieć, że gdy ból serca jest bardzo silny, promieniuje w bok lub nawet pod łopatki. Nawiasem mówiąc, tylko u 5 z pomiędzy 20 chorych tej grupy, udało mi się stwierdzić punkty bolesne na linii pachowej, przyczem u 2 z nich znajdowały się one jednocześnie, jako pojedyncze i przy kręgosłupie w typowem miejscu. Jak widzimy więc, w $^3/_4$ przypadków tego rodzaju punkty trzymały się wyłącznie okolicy serca. W fakcie tym tkwi chyba źródło tak częstego nierozpoznawania omawianego cierpienia. Tem silniej go tu jednak podkreślam.

Co do siedziby i oznaczenia punktów bolesnych i konieczności cierpliwego ich szukania i konsekwentnego tępienia, to muszę tu powtórzyć dosłownie to samo, co obszerniej omówiłem w poprzednim rozdziale o biciu serca. Tu powtórzę tylko, że punktów tych bywa zwykle po 3 do 7, i że raz tylko widziałem 24-letnią chorą, która skarżyła się na silny ból w okolicy serca, mając istotnie tylko jeden punkt bolesny w 5-em międzyżebrzu na linii sutkowej. (C. d. n.)

Uwagi o wydawaniu orzeczeń lekarskich w sprawach t. zw. wypadkowych.

Napisał

Dr Bronisław Skałkowski,

lekarz Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków dla Galicyi i Bukowiny we Lwowie.

Ruch społeczny, jaki w ostatnich dziesiątkach ubiegłego stulecia silnie w społeczeństwie się zaznaczył, znalazł widomy swój wyraz w prawnych, ustawowych postanowieniach, mających na celu dobro klas pracujących. Powstały kasy chorych, dające bezpłatną opiekę lekarską swoim członkom, zakłady ubezpieczenia robotników od nieszczęśliwych wypadków; ciała ustawodawcze pracują nad nowemi ustawami, mającemi na celu zabezpieczenie istnienia pojedynczych pracowników, którzy się stali niezdatnymi do pracy lub wreszcie osiągnęli pewien wiek, dający prawo do przejścia w zasłużony stan spoczynku.

Stosunki prawne, jakie się wytworzyły na podstawie nowych ustaw między robotnikiem a pracodawcą, dały powód do powstania obszernego piśmiennictwa i prawniczego i lekarskiego, lekarzom bowiem w znacznej mierze przypada wydawać orzeczenia w poszczególnych wypadkach, a nawet mogę twierdzić, że w znacznej części spraw bez orzeczenia lekarskiego, oświetlającego sprawę, dodatnich wyników osiągnąćby się nie dało. Idąc za uprzejmem wezwaniem Szanownej Redakcyi „Przeglądu lekarskiego“, odważyłem się spisać szereg uwag, jakie mi się nasuwają z powodu mego kilkunastoletniego zajęcia, jako lekarza przy Zakładzie ubezpieczenia robotników od nieszczęśliwych wypadków dla Galicyi i Bukowiny. Sądzę, że niepomierny wzrost czynności tego Zakładu usprawiedliwi moje wystąpienie i jakkolwiek praca niniejsza nie może być doskonałą, to sądzę, że doświadczenie moje, zebrane w ciągu szeregu lat, niejednemu z kolegów może w danym razie oddać pewną przysługę.

Nie będę się bawił w statystyczne wykazy wzrostu czynności samego Zakładu, wspomnę tylko, że w pierwszym roku mej czynności, wezwany do wydania opinii lekarskiej w przypadkach więcej powikłanych, wydałem orze-

czeń 15, gdy dziś od pierwszego stycznia do końca czerwca b. r., t. j. przez sześć miesięcy, wydałem ich 650. Sądzę, że się nie pomylę, twierdząc, że w obecnych czasach nie ma już lekarza, któryby w danym razie nie był już wzywany do wydawania orzeczenia w sprawach wypadkowych, czyto jako lekarz prywatny, czy jako lekarz kasy chorych, nie mówiąc o lekarzach rządowych, ci bowiem do tego w pierwszym rzędzie są powołani.

W krótkości nadmienię tylko o celu Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków i o sposobie, jak w praktyce rzecz ta jest przeprowadzoną. Nie wszystkie kategorye pracy podlegają ubezpieczeniu i nie wszystkie są jednakowo klasyfikowane co do wysokości niebezpieczeństwa, z jakiem pewne zawody są połączone; jestto jednak sprawa opłat i ta nas na razie nie obchodzi.

Każdy wypadek, jaki zaszedł w obrębie przedsiębiorstwa, podlegającego obowiązkowi ubezpieczenia, musi być zgłoszonym przez przedsiębiorcę do Zakładu ubezpieczenia i do władzy politycznej, t. j. do odpowiedniego c. k. Starostwa, a we Lwowie i Krakowie do magistratu, które to urzędy są dla tych miast starostwami. Jeżeli skutkiem wypadku nastąpiła niezdolność do zarobkowania, trwająca dłużej, niż pięć tygodni, sprawa przechodzi do Zakładu, który ma obowiązek uszkodzonemu płacić pełną, najwyższą 60% rentę na czas leczenia, następnie odpowiednio wyznaczoną rentę na czas częściowej przemijającej lub stałej niezdolności do pracy, lub wreszcie dbać, jeżeli wypadek śmiertelnie się zakończył, o pozostałych członków rodziny uszkodzonego w stopniu i mierze, ustawą przewidzianych.

Czynność lekarza, wezwanego do wydania orzeczenia w danym wypadku, ograniczać się będzie do stwierdzenia, czy sprawa chorobowa musi być uważaną za następstwo wypadku, dalej do stwierdzenia, czy okres leczenia trwa jeszcze, czy już zakończony, i do wyjaśnienia, czy wypadek w danym razie pociągnął za sobą trwałą lub przemijającą niezdolność do pracy, a jeżeli tak, to w jakim stopniu i na jak długo. Z powyższego zdawałoby się, że sprawa ta jest całkiem jasna i niepowikłana, a przecież w praktyce wyłaniają się bardzo wielkie trudności, jeżeli orzeczenie lekarskie ma być całkiem sprawiedliwe, oparte na wyniku dokładnych badań i spostrzeżeń, liczące się z okolicznościami ubocznemi, jak rodzajem pracy wykonywanej przez uszkodzonego, jego inteligencyą, wiekiem, ogólnem zdrowiem itd., a przedewszystkiem orzeczenie, nie faworyzujące w danym razie ani jednej, ani drugiej strony, więc ani uszkodzonego, ani Zakładu ubezpieczenia. Sprawa to bardzo ważna, mająca głęboki wpływ nawet, że tak powiem, na wychowanie i umoralnienie warstw pracujących. Przytoczę tylko jeden przykład. Renta niesłusznie pobierana przez robotnika, zdolnego w zupełności do pracy tak, jak każdy inny, który nie uległ wypadkowi, n. p. po zupełnem wygojeniu złamanej kończyny, staje się przedmiotem zazdrości wszystkich innych współtowarzyszy. Wypadek zaczyna być uważanym nie za nieszczęście, ale za coś dobrego, na czem można zrobić interes, złe instynkta ludzi budzą się, powstają spekulacye z zmyślaniem wypadków; objawy nieznaczne, jakie niektórzy uszkodzeni mają, bywają przedstawiane w świetle gorszem; powstaje cały szereg kłamstw, procesów celem uzyskania renty; ta *sacra auri fames* z instytucyi humanitarnej chce zrobić źródło nieprawych dochodów.

Z kolei przychodzi nam się zastanowić nad tem, co rozumieć należy przez wypadek. Wypadkiem nazwać można gwałtowne zadziałanie siły obcej, a więc uraz zewnętrzny, wywołujący stan chorobowy całego ustroju lub jego części i w następstwie zupełną lub częściową niezdolność do pracy. Do najczęstszych i najprostszych wypadków zaliczymy przeto stłuczenia, zwichnięcia i złamania kończyn lub poszczególnych kości, jak żeber, kości głowy itd., rany skóry mięśni, ścięgien, we wszystkich odmianach, jako rany ze stłuczenia, darte, cięte, kłute i t. d. Wyliczanie tych spraw zajęłoby za wiele czasu i miejsca; sądzę, że raczej należy omówić inne przypady, które mogą być podciągnięte pod pojęcie wypadku.

Wstrząs psychiczny może sprawić w danych okolicznościach szkodliwe dla zdrowia następstwa. Nagły przestrach, n. p. przy zesuwaniu się z dachu, choć do wypadku nie doszło skutkiem szczególnych okoliczności, n. p. zaczepienia się odzieży i t. p., może wywołać zaburzenia, szczególnie w sferze psychicznej. Mogą powstać t. z. wyobrażenia poniewolne *(Zwangsideen)*: uszkodzony myśli ciągle o doznanym przestrachu, kombinuje, coby było zaszło, gdyby był n. p. rzeczywiście spadł; sen może być przerywanym, taki chory budzi się często, śni mu się, że spada w przepaść i t. p. Do podobnych wstrząsów psychicznych można zaliczyć widok nadjeżdżającej lokomotywy, którą jednak na czas jeszcze wstrzymano i cały szereg innych niespodzianych, a grozą przejmujących wydarzeń, których doniosłość i możliwość szkodliwego wpływu na zdrowie pewnego osobnika, musi być w każdym poszczególnym wypadku przedmiotem dokładnych badań i dokładnego zastanowienia się. Dalszych przykładów, w których przestrach, jako wypadek, może być dla Zakładu ubezpieczenia przedmiotem odszkodowania, nie ma chyba potrzeby przytaczać.

W ostatnich czasach zaczęły się mnożyć wypadki wskutek tak zwanego „zawiania“. Otóż zazwyczaj są to przewlekłe cierpienia gośćcowe, albo bole na tle skazy moczanowej, które wrzekomo uszkodzeni podają jako następstwo wypadku. Tak samo bywa z bolami wskutek rwy kulszowej. Przewiewu powietrza, nagłego wichru, a nawet burzy, dla ludzi pracujących pod otwartem niebem nie można uważać za wypadek; ludzie ci, narażeni na zmiany atmosferyczne, mogą podpadać rozmaitym słabościom, jak szczególnie nieżytom dróg oddechowych, ale trzeba być bardzo ostrożnym w przyjęciu zawiania jako wypadku. Na przykładzie rzecz się objaśni łatwiej. Zakład przyznał odszkodowanie urzędnikowi pocztowemu, pracującemu w pokoju bardzo ogrzanym i szczupłym Skutkiem burzy rozbiło się parę szyb w oknie, a przez otwarte drzwi powstał tak silny przeciąg, iż urzędnik, który skutkiem gorąca siedział bez zwierzchniego ubrania, doznał częściowego porażenia. Podobny wypadek byłby u palacza, zajętego przy maszynie parowej, któryby n. p. skutkiem raptownego pożaru musiał rozebrany wybiedz na mróz.

Odmrożenie, zazwyczaj palców u nóg i rąk, lub nosa i uszu, wyjątkowo tylko może być uważane za wypadek. Ludzie bowiem, pracujący w takich warunkach, w których odmrożenie nastąpić może, więc robotnicy leśni, tracze itp., muszą być przygotowani na zmiany atmosferyczne i odpowiednio zabezpieczyć się przeciw odmrożeniu. W wyjątkowych razach możnaby nagłą zmianę ciepłoty uznać za wypadek; okoliczność ta musiałaby jednak dokładnie być stwierdzoną.

Niemiecki zakład ubezpieczeń przyznał odszkodowanie kominiarzowi, który skutkiem zawiei śnieżnej odmroził ręce; zawieja zaskoczyła go nagle w jego ubraniu skórzanem, a zatem źle od zimna chroniącem, i to nie w miejscu jego zamieszkania, tak, że nie mógł się cieplej ubrać.

Udarów mózgowych, zdarzających się skutkiem porażenia słonecznego, nie należy również uważać za wypadek, gdyż możliwość przerwania pracy i schronienia się w cień w dniach nadzwyczajnej spiekoty, prawie zawsze istnieje. Należałoby np. przyznać odszkodowanie w przypadku następującym. Blacharz pracował na szczycie wieży nad poprawieniem dachu, a drabina, po której się tam dostał, została usunięta, lub zerwała się tak, że w skwarny dzień, zanim pospieszono mu z pomocą, był wystawiony na działanie promieni słonecznych i poniósł skutkiem tego uszkodzenie w postaci przekrwienia mózgu, zapalenia skóry itp.

Uderzenie piorunu, sprawiające częściowe porażenia lub oparzeliny, a najczęściej śmierć, nie może być w żadnym razie osądzone jako wypadek i odszkodowane, gdyż uderzenie piorunu przedstawia zwyczajne niebezpieczeństwo dla życia, chyba że stwierdzono, iż wskutek zajęcia ktoś był więcej narażonym na uderzenie piorunu, np. pracował na wieży. Sama praca pod otwartem niebem nie wystarcza dla uznania rażenia piorunem za nieszczęśliwy wypadek. Do innej kategoryi należą mnożące się obecnie przypadki uderzenia prądem elektrycznym u ludzi, zajętych przy instalacyi lub naprawie przewodów elektrycznych.

Wpływ gazów trujących i zatrucie niemi, jak n. p. u kanalarzy, musi być uważany za wypadek. Zakład lwowski odszkodował kanalarza, który skutkiem oberwania się ziemi przy kopaniu wystawiony był przez dłuższy czas na wdychiwanie szkodliwych gazów i u którego wywiązało się charłactwo mimo braku wszelkich obrażeń cielesnych.

Aby osądzić, czy w danym razie chorobę należy uważać za „wypadek“, czy nie, może być konieczną wiadomość o rozmaitych towarzyszących okolicznościach. I tak napadu udarowego wśród pracy nie należy uważać za wypadek, choćby śmierć bezpośrednio nastąpiła, znaną jest bowiem z codziennego doświadczenia rzeczą, że udary mózgu lub porażenia serca zdarzają się całkiem bez związku z wykonywanem zajęciem, przy zwykłem chodzeniu, siedzeniu, we śnie itp.

Z drugiej strony, jeżeliby udowodniono, że u człowieka chorego na serce skutkiem nagłego, niespodziewanego wysiłku nastąpił napad sercowy, należy uznać go za wypadek. Np. kilku robotników dźwiga razem większy ciężar, ale przy jego podnoszeniu przypadkiem nierównomiernie podchwytują tak, że ciężar chce się zwalić w kierunku jednego. Jeżeli teraz ten robotnik, chory na serce, ratując się przed zgnieceniem, wytężeniem wszystkich sił swoich ciężar ten podtrzymał, a potem zachorował, to możemy w tym razie przyjąć, że zaszedł wypadek. D o p o j ę c i a p r z e t o w y p a d k u t r z e b a, a b y w y w o ł u j ą c a g o s i ł a z a d z i a ł a ł a w c z a s i e, k t ó r e g o t r w a n i e ś c i ś l e s i ę d a o z n a c z y ć. Z tego wynika dalej, że urazy czysto fizyczne, a powtarzające się stale, jak to przy pewnych zajęciach się zdarza, nie mogą być podciągnięte pod pojęcie wypadku, a jeżeli mają szkodliwe następstwa, mogą być raczej przyczyną chorób zawodowych (Gewerbekrankheiten). Dreszcze, które wystąpiły śród pracy, a były zapowiedzią włóknikowego zapalenia płuc, rozpoznanego w parę dni później, mogły wystąpić również kiedyindziej, przed lub po skończonej pracy, zapalenie płuc przeto nie jest następstwem wypadku, jak w danym razie chory mógłby twierdzić (skutkiem „zawiania, przeciągu“ i t. p.).

Jeżeli do rany skórnej przyłączy się zakażenie, to sprawa ta jest ogólnie uważana za wypadek. Nieznaczne zdarcie naskórka, jeżeli potem nastąpiło zapalenie tkanki łącznej, uważać należy za wypadek. Do tej kategoryi należy zakażenie wąglikiem, jakkolwiek wąglik uważany jest w wielu podręcznikach za chorobę zawodową. Chorób zawodowych istnieje cały szereg w postaci n. p. przewlekłych zatruć, jak ołowiem, rtęcią, fosforem, nie tu jednak miejsce roztrząsać tę sprawę dokładniej.

Do bardzo częstych chorób, które wrzekomo uszkodzeni chcą jako następstwa odniesionego wypadku przedstawić, należą przepukliny i przewlekła gruźlica, która wrzekomo u całkiem zdrowego człowieka po lekkim urazie klatki piersiowej zaczyna się rozwijać. Nie ulega wątpliwości, że pewna część przepuklin powstaje skutkiem gwałtownego urazu, którym zazwyczaj nie jest uraz, dotyczący powłok brzusznych, jak kopnięcie w brzuch, upadek z wysokości; najczęstszą przyczyną powstania przepuklin jest raczej raptowne i bardzo silne napięcie tłoczni brzusznej, jak to dzieje się przy raptownem podźwignięciu ciężarów. Objawy jednak, jakie towarzyszą nagłemu powstaniu przepukliny u zdrowego człowieka, są wogóle tak ciężkie, że nie mogą ujść uwadze otoczenia. Ból, zapad ogólny, wymioty, oto objawy, towarzyszące powstaniu ostrej przepukliny urazowej. Zeznania świadków, jakie w przypadkach rzekomo urazowych przepuklin stale w protokołach dochodzeń się znajdują, są poprostu śmieszne. Zeznaje n. p. X. Y. prosty robotnik, że N. N. nie miał przepukliny, ale ją nabył w dniu krytycznym. Podobne są zeznania żony uszkodzonego. Zawsze znajdują się w zeznaniach gotowe rozpoznania, zamiast, żeby dochodzenia wykryły, jak wypadek się odbywał, jakie było zachowanie się uszkodzonego po doznanym urazie i t. p. Zważywszy dalej, że uszkodzeni z wrzekomego wstydu nie chcą zaraz po wypadku przyznać się, że mają przepuklinę, dojdziemy do przekonania, że tylko bardzo mała część przepuklin może być uważaną za następstwo wypadku. Trudniej jest ocenić sprawę, jeżeli uszkodzony twierdzi, że istniejąca przepuklina skutkiem wypadku znacznie się powiększyła i chociaż mu dawniej nie zawadzała, to obecnie czyni go niezdolnym do pracy. Uwzględnienie wszystkich możliwych okoliczności pozwoli i w takich razach zdać sobie sprawę z istotnego stanu rzeczy. Kazuistykę możnaby tu podać ogromną; dla przykładu przytoczę tylko niektóre przypadki. Robotnik, który się wrzekomo podźwignął, przerywa pracę i idzie 14 kilometrów piechotą, zabawia się na chrzcinach; potem zachorowuje obłożnie: żona wzywa lekarza, który stwierdza przepuklinę uwięźniętą. Robotnik ten umiera. Wdowa żąda renty z powodu wypadku. W tym wypadku odmówiono renty, gdyż trudno było przypuścić, aby z przepukliną uwięźniętą mógł ktoś iść 14 kilometrów. Przepuklina uwięzła prawdopodobnie skutkiem libacyi na chrzcinach i jeszcze wtedy nawet nie sprawiała większych dolegliwości, gdyż lekarza wezwano dopiero w ostatecznej chwili.

72-letni drukarz (zecer) cierpi od r. 1883 na przepuklinę lewostronną. Przy zajęciu niezwykłem (składaniu anonsów) dźwignął większy ciężar i w tej chwili wystąpiła prze-

puklina po prawej stronie. W tym razie przyznano odszkodowanie.

Operacyjne leczenie przepuklin sposobem n. p. Bassiniego może przywrócić zdolność do pracy; jeżeli jednak przepuklina powstała skutkiem wypadku, a następnie operacyjnie usuniętą została, to zdaniem mojem Zakład obowiązany jest płacić niewielką rentę, którąby pokrywała koszta paska przepuklinowego i pozwalała uszkodzonemu choćby chwilowo wstrzymać się od zbyt natężającej pracy.

Oczywiście po operacyjnem usunięciu przepuklin może z biegiem czasu nastąpić pogorszenie, najczęściej skutkiem rozluźnienia się blizny i wysuwania się tutaj jelit. Rzadszą postacią pogorszenia, ale może dla uszkodzonego dokuczliwszą, jest znaczne stwardnienie blizny pooperacyjnej i skutkiem tego ucisk na sznurek nasienny, który wtedy staje się bardzo wrażliwym i może sprawiać bóle, sięgające w głąb brzucha i utrudniające cięższą pracę.

Co się tyczy ocenienia, czy w danym przypadku przepuklina jest świeższej daty, czy stara, to rzecz tę trzeba oceniać ze stanowiska chirurgicznego. Rozluźnienie moszny, szerokość kanału pachwinowego, łatwość odprowadzenia przepukliny, łatwość jej wypadnięcia, zgrubienie worka przepuklinowego, ślady zabarwienia (pigmentacyi) skóry po dłuższem noszeniu paska przepuklinowego, zanik jądra po stronie przepukliny, silnie rozwinięte żylaki, lub wodniak jądra, będą przemawiać za dawnem istnieniem przepukliny. Świeżą urazową przepuklinę możnaby poznać po podbiegnięciach krwawych, bolesności, sprawy te jednak wyjątkowo tylko będzie można spostrzegać.

Co się tyczy gruźlicy, to nie ulega wątpliwości, że w pewnych warunkach odniesiony uraz może istniejący stan pogorszyć i osobnika, który mimo gruźlicy zdolnym był do zarobkowania, uczynić niedołężnym kaleką. W pierwszej linii chodzi tu o urazy, tyczące się samej klatki piersiowej, więc uderzenie, zasypanie ziemią, złamanie żeber i t. d. Sprawy te są tem ważniejsze, im same przez się są sprawą chorobową cięższej przyrody. Złamanie żebra zwykle może się wygoić bez śladu w ciągu kilkunastu dni, o ile opłucna nie będzie zadrażniona i nie nastąpi zapalenie opłucnej. Ale i urazy, dotyczące nie wprost klatki piersiowej, mogą wpływać ujemnie na przebieg już istniejącej gruźlicy. Szczególnie chodzi tu o złamania kończyn dolnych, przy których występuje gorączka skutkiem powikłań miejscowych i które zmuszają uszkodzonego do dłuższego leżenia w łóżku.

Urazy, jakie się zdarzają, mogą dotyczyć całego ciała, jak upadki z wysokości, wstrząśnienia podczas jazdy koleją, przysypanie ziemią i t. p. lub też dotyczyć poszczególnych części ciała, jak rąk, nóg, głowy.

Przy zastanawianiu się nad urazami, dotyczącymi całego ustroju, wysuwa się na pierwszy plan nerwica urazowa, spostrzegana początkowo po urazach, odniesionych przy wypadkach kolejowych, t. zw. „Railway-spine“, o której wkrótce się jednak przekonano, że wiele innych przyczyn może wywołać zbiór objawów, upoważniających nas do rozpoznania nerwicy urazowej.

Nie ulega wątpliwości, że nerwica urazowa należy do bardzo ciężkich i często nieuleczalnych chorób, bo oprócz zaburzeń w działalności poszczególnych narządów przyczynia się, właśnie skutkiem tego, do ciężkich zaburzeń psychicznych. Z drugiej jednak strony nie ulega, mojem zdaniem, najmniejszej wątpliwości, że w kołach lekarskich postępowano w tych przypadkach bardzo nieoględnie i dzieje się to i nadal: po lada urazie, szczególniej dotyczącym głowy, stwierdza się nerwicę urazową. Wszak nie są to tak dawne czasy, jak przy bójkach rozbijano sobie głowy, a rany, choć nie zaopatrzone przeciwgnilnie, goiły się bez śladu; czyż dziś najmniejszy uraz głowy lub karku, kawałek gruzu, spadający na głowę, miałby wywoływać zawsze nerwicę urazową? Nie sądzę, aby ludność cała miała tak przeczulone nerwy, że najmniejszy uraz może je wyprowadzić z równowagi; jestem natomiast przekonany, że chęć zysku i pobierania renty naprowadziła na tę myśl całe szeregi wrzekomo uszkodzonych. Wiedzą bowiem ci ludzie doskonale, że podmiotowe dolegliwości, na które się skarżą, jak bóle głowy i zawroty, badaniem przedmiotowem nie dadzą się z całą pewnością ani wyłączyć, ani zaprzeczyć, tak, że orzeczenie lekarza w wielu przypadkach musi się kończyć zastrzeżeniem: „że jednak twierdzenie uszkodzonego może być prawdziwe“. To też uwaga Thiema w całości jest zupełnie słuszna. Powiada on: „Istotnie zadziwiającem jest, że od czasu istnienia prawa o nieszczęśliwych wypadkach, ani zwichnięcie stawu barkowego, ani złamanie obojczyka i t. p. nie chce się już wyleczyć, lecz zawsze pozostawia ciężkie zaburzenia czynnościowe. Dlaczego dawniej było inaczej, dlaczego i dziś jeszcze inaczej pośród ludzi, którzy nie mogą liczyć na odszkodowanie?“

Dlatego lekarz, mający wydawać orzeczenie w przypadkach nerwicy urazowej, musi być jeszcze ostrożniejszym, niż w innych przypadkach. Musi się strzedz przedewszystkiem, aby nie zostać oszukanym; z drugiej strony, mimo najgorszych doświadczeń, jakie mógł zebrać co do swych klientów, musi ciągle o tem pamiętać, że nie każdy musi być symulantem.

Difficile est satyram non scribere. Zdarzyło mi się, że jadąc tramwayem w dzień Sylwestra, słyszałem, jak dwaj kolejarze, życząc sobie dobrego Nowego Roku, życzyli sobie „wesołego Unfallu“. To też szczególnie w kołach robotników kolejowych nerwica urazowa stała się chorobą endemiczną. A jednak jakkolwiek każdy z tych ludzi, którzy się o rentę starają, przesadza na każdym kroku, niemniej są to ludzie pożałowania godni.

Trzeba bowiem znać całe postępowanie przy przyznaniu renty. Jeżeli zdarzył się wypadek i nie pociągnął za sobą zaraz poważnych następstw, a uszkodzony powrócił do pracy, zamyka sobie drogę do jakiegokolwiek odszkodowania, gdyż powróciwszy do pracy po wypadku, stwierdził przez to, że był zdrowy. A wszak nieraz skutki wypadku występują dopiero później. Jeżeli znów uszkodzony przerwał zaraz pracę, to tem samem stwierdza, że jest ciężko chory; a powrócić do pracy po kilku tygodniach niezawsze łatwo, gdyż lekarze fabryczni i kolejowi niechętnie przyjmują ludzi, chcących pracować, ale zgłaszających się tylko do lżejszej pracy. Cóż się więc dzieje? Robotnik, nieprzyjęty do roboty, a do cięższej pracy naprawdę niezdolny, zaczyna naprawdę chorować. Brak zarobku wywołuje braki w domowem gospodarstwie, nierzadko wkrada się nędza. Wszystko zatem zależy od tego, czy renta za wypadek zostanie przyznaną, czy nie, i czy z nią zawita ten wymarzony dobrobyt, niestety, muszę dodać, dobrobyt z renty bez pracy. Następuje szereg badań lekarskich, protokołów, spo-

strzeżeń, narad chorego z kolegami, którzy już uzyskali rentę i t. p., jednem słowem cały szereg czynności i okoliczności, który na psychiczną sferę uszkodzonego działa ujemnie i w ten sposób z lekko chorego po kilku miesiącach dojrzewa wybitny, ciężki neurastenik. Sądzę, że dobrze uczyni lekarz w lżejszych przypadkach uszkodzeń, jeżeli zwróci uwagę badanego, iż istniejące u niego objawy są tego rodzaju, że w przyszłości o większej rencie myśleć nie może, aby przeto mostów za sobą w oczekiwaniu renty nie palił i nie zrywał swoich obecnych zarobkowych stosunków. Do najczęstszych objawów, z jakimi spotkać się można przy nerwicy urazowej, należą podmiotowe uczucia zawrotów głowy, szumu w uszach, kręcenia się w koło. Sprytniejsi mówią o podwójnem widzeniu, ale to wychodzi z mody, gdyż to łatwiej się daje przez badanie oczu stwierdzić. Jak u wszystkich symulantów, tak i w przypadkach nerwicy urazowej znamienną rzeczą jest przesada. I im uszkodzony jest mniej inteligentny, tem więcej chorobowych podaje objawów; nie ma prawie okolicy ciała, któraby mu nie dolegała; wszystko go boli, a jak nie boli, to słabe. Mało inteligentni ludzie, którzy chcą udawać nieistniejące stany chorobowe, lub nieznaczne jakieś dolegliwości przedstawić jako bardzo wielkie, biorą się do tego zazwyczaj bardzo niedołężnie i postępując trochę tylko sprytniej, można ich z łatwością zdemaskować. N. p. robotnik, który cierpiał na bole gośćcowe po zawianiu, które również chce jako wypadek przedstawić, twierdzi, że rękę ma zupełnie porażoną i nic nią robić nie może. Następuje scena rozbierania się, przy której pomaga kalece żona; ręka zwisa bezwładnie obok ciała, ale, bacznie się przypatrując, widzieć można pewien przymus i pewne napięcie mięśni, aby rękę w danem położeniu utrzymać. Zresztą dalszy rzut oka na silne i jędrne mięśnie budzi podejrzenie, jeżeli nie udawania, to przesady. Wezwany do wykonania jakichkolwiek ruchów, twierdzi uszkodzony, że nic zrobić nie może. Oto i pierwszy taktyczny błąd z jego strony, wiadomo bowiem, że takie zupełne porażenia należą do wyjątków, więc jeżeli nie nerw ramieniowy, to łokciowy, pośrodkowy lub sprychowy powinienby pewną sprawność zachować. Bierne zginanie ręki i palców odczuwa badany jako ból, co znowu nie odpowiada nawet zupełnemu porażeniu. Podnosząc rękę uszkodzonego od tułowia, można czuć opór, który jest tem silniejszy, im wyżej się rękę podnosi. Jeżeli uszkodzonemu podnosi się symetrycznie obie ręce, a równocześnie zagaduje go i odwraca jego uwagę od tego, co się robi, można schwycić odpowiednią chwilę i usunąwszy prędko własną rękę, choć na chwilę, stwierdzić, że ta wrzekomo bezwładnie zwisająca ręka teraz trzyma się sama w powietrzu. Uzyskanie tego, choćby na chwilę, stwierdza ponad wszelką wątpliwość udawanie choroby i badany daje za wygraną. Odniosłem nawet wrażenie, że tacy, przekonani o udawaniu uszkodzeni nie mają tego lekarzowi za złe, jeżeli odkrył ich podstęp, poprostu inteligencya cudza imponuje im bezwzględnie. Udawanie chorób ocznych jest dziś prawie niemożebne i zawsze odkryte zostanie; badanie takich uszkodzonych musi być powierzone specyaliście, jako wymagające dużo czasu i szczególnych wiadomości. Udawanie głuchoty jest stosunkowo rzadkie. Dotychczas badałem takich kilku symulantów, między nimi jednego, który udawał, że jest głuchy, jak pień i z którym, zanim przyszedłem do bióra, przez parę godzin męczono się, udawał bowiem, że nie słyszy. Taka bezwzględna głuchota wydała mi się podejrzaną; całkiem spokojnie przemówiłem do niego, wchodząc do bióra: „mógłbyś Pan spodnie sobie pozapinać.“ Ruch ręką do spodni zdradził go nieodwołalnie tak, że się przyznał do wszystkiego: słyszał doskonale. Przygotowany był na próby uszu i tu udawał dobrze; gwałtowne hałasy, za nim robione, nie przerażały go; ale uderzony w sferę psychiczną, wstydliwą, nie potrafił chwilowo zapanować nad sobą i zdradził się. W trudniejszych przypadkach trzeba będzie udać się o pomoc do specyalistów, którzy rozporządzają szeregiem sposobów, jak Webera, Rinnego, Schwabacha, Stengera, L. Müllera i t. p.

Prawdziwie głuchy odczuwa n. p trzaśnięcie drzwiami jako wstrząśnienie i obraca się w tym kierunku; symulant tego nie uczyni, sądzi bowiem, że w ten sposób się zdradza.

Udawanie sztywności pewnych stawów bywa także czasem praktykowane, jednak napięcie odpowiednich grup mięśni dostrzedz stosunkowo łatwo. Badanie prądem elektrycznym co do objawów zwyrodnienia, badanie wreszcie Röntgenem może wykryć prawdę. Pewien uszkodzony cierpiał na ból nerwowy jądra wskutek tkwiącego tam wrzekomo kawałka żelaza. Badanie przedmiotowe nie zdołało niczego wykryć, jednak jądro stale bolało. Dopiero promienie Röntgena, o których badany nie wiedział, stwierdziły, że żelaza w jądrze nie ma i prawdopodobnie nigdy nie było.

Najtrudniej przedstawia się sprawa wobec skarg na objawy podmiotowe, jak zawroty głowy. Wiadomo, że zawroty mogą uczynić kogoś zupełnie niezdolnym do pracy jużto pod względem psychicznym, gdyż taki, na zawroty cierpiący chory myśli zebrać nie może, jużto pod względem fizycznym, gdyż nieraz ludzie tacy nie mogą utrzymać się na nogach. W takich poważnych przypadkach zawsze będzie można stwierdzić zmiany przedmiotowe n. p. zez, brodawkę zastoinową, objawy poraźne pewnych grup mięśni i t. p. Sprawa jest trudniejsza, jeżeli uszkodzony chodzi, rozmawia, nawet pewne czynności spełnia, twierdzi tylko, że skutkiem zawrotów po doznanym wypadku do pełnej pracy w dawnym wymiarze i nasileniu nie jest zdolnym i za to żąda odszkodowania.

Doświadczenie poucza, że zawroty głowy mogą istnieć bez zmian przedmiotowych, a przynajmniej takich, jakie wykazaćby można. Może zaburzenia w krążeniu krwi w mózgu wywołują zawroty; zatrucia ostre, np. wyskokiem mogą wywołać uczucie zawrotu, przy takich zawrotach widać jednak przyczynę. Chwilowe zawroty, sprawiające krótkie chwilowe niedomagania, mogą być poważną przeszkodą w zarobkowaniu, jeżeli n. p. chodzi o ludzi pracujących na rusztowaniach i t. p., którzy przez to narażeni są na spadnięcie. Zawroty takie często łączą się z następowem biciem serca; okoliczność ta mogłaby przedmiotowo potwierdzać podmiotowe objawy, podawane przez badanego. Za istnieniem zawrotów przemawiać mogą okoliczności, wśród jakich uraz powstał. Ciężkie stłuczenie głowy z zagięciem czaszki cegłą, spadającą z wysoka, prawdopodobniej przemawia za istnieniem zawrotów, niż uderzenie w głowę małym odłamkiem gruzu. Można przypuszczać istnienie zawrotów, jeżeli pobudliwość nerwów naczynio-ruchowych jest wielką. Jeżeli u badanego po kilkakrotnem schyleniu się raz po raz ku ziemi powstanie silne nastrzykanie spojówek, zaczerwienienie twarzy, czasem niezbieżność gałek ocznych, wtedy można

przyjąć, że zawroty głowy rzeczywiście istnieją. W tych jednak przypadkach, w których uraz był nieznaczny, od urazu upłynęło wiele czasu, badany wygląda wogóle zdrowo, a istnieją tylko podmiotowe skargi, trzeba je przyjmować bardzo ostrożnie. Wogóle przy wydawaniu orzeczeń lekarskich, błędnem byłoby stanowisko tego lekarza, któryby sądził, że orzeczenie jego musi być w każdym przypadku bezwzględnie dodatnie albo ujemne, to jest rozstrzygać każdą sprawę w sposób stanowczy. Tak, jak w orzeczeniach znawców przed sądem podnieść trzeba często pewne okoliczności, przemawiające za rozstrzygnięciem sprawy w tym lub owym kierunku, przez użycie przykładów sprawę wyświetlić, jak również przez postawienie sprawy *a contrario* starać się ją wyjaśnić, tak i w sprawach wypadkowych w niektórych razach orzeczenie musi się zakończyć oświadczeniem, że wprawdzie nie wiele przemawia za tem, iżby twierdzeniom badanego zupełną dać wiarę, że jednak z drugiej strony nie ma dowodu, iż twierdzenia badanego są zupełnie bezpodstawne. Wreszcie doświadczenie w bardzo wielu przypadkach rozstrzygnie, czy badany jest symulantem, czy prawdziwie chorym. Robotnik poważny, szanujący siebie i swą pracę, niezawsze ulegnie pokusie, aby dla szczupłej nieraz kwoty pieniędzy narażał się choćby na posądzenie o udawanie. Okoliczności uboczne, jak sposób zarobkowania przed i po wypadku, mogą także w pewnych sprawach posłużyć do wyjaśnienia sprawy. N. p. po stosunkowo nieznacznym urazie, który nie zostawił żadnych zmian, porzuca uszkodzony swoje zajęcie i jako właściciel roli osiada na niej, a przy badaniu sprawia wrażenie zupełnie zdrowego człowieka, który tylko wrzekomo ma zawroty. Jeżeli renta, jaką pobiera, jest stosunkowo duża, wiele przemawia za tem, że chce on pobierać ją dalej, jako walną pomoc przy pracy na roli, rzucił przeto dawne zajęcie jedynie w chęci zysku.

Ponieważ uwagi moje niniejsze odnoszą się do orzeczeń lekarskich, nie mogę szczegółowiej roztrząsać poszczególnych objawów różnych chorób, gdyż w ten sposób odbiegłbym od zakreślonego celu. Nie mogę jednak wstrzymać się od uwagi, że nerwicę tak zwaną urazową rozpoznaje się za często i to nieraz bezpośrednio po wypadku, kiedy właśnie prawdziwe nerwice urazowe zazwyczaj są objawem późniejszym; rozpoznaje się je przytem często na podstawie dość błahych przypadów, jak wzmożenie odruchów kolanowych i dermatografia. Dermatografia w szczególności nie jest objawem swoistym nerwicy urazowej, a według mego doświadczenia jest ona objawem bardzo częstym, prawie że codziennym. Nie mówiąc już o kobietach, które mają delikatniejszą skórę, bardzo często widzi się pasma przekrwionych naczyń włoskowatych w skórze po najlżejszem dotknięciu, jak n. p. przy opukiwaniu. *Erythema pudicitiae* sądzę, że należy także tu zaliczyć, a przecież o nerwicy urazowej zaraz się nie myśli. Natomiast za mało uwagi zwracają badający na zaburzenia w sferze czucia. Zdarzało mi się odkryć na ciele badanych całe obszary, zupełnie znieczulone na bardzo silne ukłucia igłą; o tem znieczuleniu badani zgoła nie wiedzieli. Jakkolwiek więc badania takie są dość żmudne, to jednak w wielu przypadkach są one nieodzowne.

Jestem wogóle przekonany, że najbliższe lata przyniosą cały szereg zmian w kierunku praktycznego przeprowadzenia dochodzeń w sprawach wypadkowych. Jak z początku zaznaczyłem, zakres działania Zakładu wzmaga się olbrzymio, tak że lekarz Zakładu czynnościom swoim tylko z największem natężeniem podołać może, co wreszcie w przyszłości będzie się musiało odbić na dokładności orzeczeń, jeżeli są dnie, w których kilkunastu uszkodzonych trzeba zbadać, często przypadki niejasne, umyślnie do Lwowa do Zakładu z prowincyi sprowadzane. Wiem, że inne Zakłady mają po kilku lekarzy, specyalnie wykształconych w röntgenowaniu, okulistyce, chorobach nerwowych i t. p., a nawet szpitale, w których ważniejsze przypadki ściśle są spostrzegane. Szpitale te w Niemczech co prawda nie cieszą się popularnością u uszkodzonych, uważane są bowiem więcej za zakłady śledcze, a nie lecznicze. Ale przeprowadzenie samego protokolarnego dochodzenia powinno uledz zmianie, a przedewszystkiem zyskać na szybkości. Co bowiem warte orzeczenie lekarskie, wystawione w kilka miesięcy po wypadku? jak wybrnąć z tego, jak długo trwał okres leczenia, jaka była następnie częściowa niezdolność do pracy? Wszystko to pytania, na które przy biurokratycznym ustroju wszelkich urządzeń w Austryi musi się jak najściślej odpowiedzieć, a najczęściej bez żadnych danych podstaw. Zdarza się, że uszkodzony dawno o wypadku zapomniał, gdy raptem spada nań większa suma pieniężna w lat kilka, bo dopiero odpowiednie papiery mogły być zebrane i dochodzenia ukończone. Z drugiej strony Zakład, nie dając zapomogi bezpośrednio po wypadku, naraża się na utyskiwania uszkodzonych w czasie, kiedy oni najwięcej potrzebują zapomogi. Słuszność każe przyznać, że sprawy wypadkowe w Zakładzie są niezwłocznie załatwiane, ale ze strony starostw ciągle są spóźnienia. Nasze galicyjskie starostwa, jak skądinąd wiadomo, przeciążone są pracą, jak rekrutacyą, administracyą, nie mówiąc już o wyborach, sprawy przeto wypadkowe spychane są na ostatek z krzywdą uszkodzonych, często ze szkodą Zakładu, a najczęściej z uszczerbkiem sprawy samej, gdyż orzeczenia lekarskie są spóźnione i nie dają poglądu na stan uszkodzonego bezpośrednio po wypadku.

W ogólnych zarysach z powyższych uwag możnaby osądzić, kiedy zaszedł wypadek w pojęciu ustawy. Weźmy dalszy przykład, których praktyka dostarcza lub każdej chwili dostarczyć może. Robotnik, zatrudniony przy pracy, dławi się kawałkiem kości, znajdującym się w przyniesionem jedzeniu i umiera. Czy w danym razie nie zaszedł wypadek, za który Zakład byłby obowiązany płacić odszkodowanie? Wypadek zaszedł niewątpliwie i zakłady ubezpieczenia od wypadków, które istnieją w poważnej liczbie jako przedsiębiorstwa prywatne, przyznałyby odszkodowanie. Zakład jednak ubezpieczenia robotników od wypadków nie odpowiadałby w tym razie, gdyż do pojęcia wypadku według ustawy należy jeszcze pojęcie wypadku, zależnego od wykonywanej pracy (Betriebsunfall, durch den Betrieb verursacht).

Przeszliśmy pokrótce choroby przyranne, jak róża, ropowica, tężec i t. p., które wikłając lekkie nawet obrażenia mogą wywołać poważne następstwa, a nawet śmierć i które ocenilibyśmy jako następstwo wypadku. Poruszyliśmy ogólne następstwa wypadku, jak nerwice urazowe i wpływ wypadku na już istniejące stany chorobowe. Musimy jeszcze poruszyć wpływ chorób, już przed wypadkiem istniejących, na przebieg chorób, wywołanych przez wypadek i rozpatrzeć, jak się trzeba zachować, jeżeli w czasie leczenia sprawy wypadkowej dołączą się choroby, nie stojące z wypadkiem

w żadnym związku. Przykład objaśni tę rzecz. Robotnik, posiadający jedno oko (drugie stracił w dzieciństwie), wykonywa swą pracę tak, jak każdy inny. Skutkiem wypadku traci lub uszkadza sobie to pozostałe oko. Oczywista, że utrata siły wzroku na tem oku będzie daleko więcej znaczyć, niż gdyby posiadał drugie, robi go bowiem zupełnym kaleką. To samo odnosi się do częściowej utraty palców u rąk, do częściowych zesztywnień stawów po wygojonem próchnieniu kości w młodości i t. p.

Do grupy chorób, nie stojących w związku z wypadkiem, ale które się przyłączyły następnie, możnaby zaliczyć tętniaki urazowe (Kaufmann przytacza 6 przypadków), zapalenie szpiku innych kości po zgnieceniu pojedynczych części, gruźlica ogólna i miejscowa, — miejscowa najczęściej występująca szczególnie po zgnieceniu drobnych kości śródręcza i śródstopia, — nowotwory, jak mięsaki, raki itp. Pogorszenie istniejących objawów kiły wskutek wypadku lub wystąpienia objawów kiłowych w miejscu uszkodzenia muszą być odszkodowane. Należą tu n. p. przypadki kiłowego zapalenia rogówki, po jej urazie występujące. Dla orzeczenia, czy nowotwór, jak n. p. mięsak, jest następstwem wypadku, trzeba wymagać podwójnego sprawdzianu. Musi być udowodnionem, że uraz zaszedł w pewnym ściśle oznaczonym czasie, a po drugie, że uraz był tego rodzaju i takiej siły, że zmusił uszkodzonego do niezwłocznego przerwania pracy. Jeżeli ktoś zwichnął nogę, która nawet opuchła, a w rok potem zachoruje na gruźlicę stawu lub mięsaka goleni, to sprawa ta nie może być uznaną za następstwo wypadku.

Pominąwszy już nerwicę urazową, która właściwie jest zbiorem rozmaitych stanów neurastenicznych, histerycznych, hypochondrycznych lub melancholicznych, mogą jako następstwo wypadku wystąpić choroby umysłowe i nerwowe, ściśle biorąc porażenie postępujące (*paralysis progressiva*, *dementia paralytica*), wiąd rdzenia, drżączka poraźna (*paralysis agitans*), syryngomyelia urazowa, wreszcie padaczka i urazowa cukrzyca, a w końcu i inne stany chorobowe, o których dopiero specyalne badania miałyby orzec, czy je za następstwo wypadku uważać należy, n. p. białaczka. Już sama ustawa orzeka, że za uszkodzenia, wywołujące niezdolność do pracy, trwającą niżej pięciu tygodni, Zakład nie płaci odszkodowania; w orzeczeniu lekarskiem przeto musi być podanem, czy okres leczenia skończył się, czy trwa dalej i jak długo prawdopodobnie potrwa. Przez leczenie rozumiemy wszystko to, co sprawia lub przyspiesza powrót do stanu prawidłowego, to jest do zdrowia, lub też do stanu, możliwie zbliżonego do tego, jaki istniał przed wypadkiem. Do leczenia zaliczymy przeto wszystkie operacye, mające na celu połączenie n. p. rozdartych części, opatrunki ustalające złamania, wreszcie miesienie, leczenie elektrycznością, kąpielami i t. p. Leczenie musi trwać dopóty, dopóki spodziewanem jest polepszenie istniejącego stanu rzeczy; w przeciwnym razie należy uważać je za skończone. Z tego wynika, że w orzeczeniu naszem nieraz okres leczenia uznamy za skończony mimo tego, że właściwie tak nie jest. Chodzi tu o te przypadki, w których uszkodzony właściwemu odpowiedniemu leczeniu poddać się nie chce, a zmusić go do tego nie można. N. p. istniejącą przepuklinę urazową (bo o tych tylko mowa) można przez odpowiednią operacyę usunąć. Tymczasem uszkodzony nie godzi się na żaden taki zabieg. Wobec tego byłoby niesłusznem płacić uszkodzonemu najwyższą rentę, jaką ustawa za czas leczenia przewiduje, t. j. 60%, tylko stosownie do ustawy należy go uznać nie za wyleczonego, bo takim w istocie nie jest, tylko za uszkodzonego, u którego okres leczenia się skończył i wyznaczyć odpowiednią do wynikłej niezdolności do pracy rentę, a dokładniej biorąc oznaczyć odsetkowo istniejącą niezdolność do pracy, rentę bowiem oblicza i przyznaje Zakład odpowiednio do procentu niezdolności.

Żadnemu ciężko choremu nie powinno się ukrócać okresu leczenia, któryby go zmuszał do wcześniejszego podjęcia pracy. Owszem ja osobiście przy trochę poważniejszych uszkodzeniach zawsze oznaczam z góry dłuższy, bo miesiące trwający okres leczenia, jak to zresztą jeszcze poniżej uzasadnię. Jednak w interesie uszkodzonego leży nieraz skrócenie okresu leczenia. Szczególnie należą tutaj sprawy, utrudniające ruchomość pojedynczych części, jak palców u rąk lub stawów. Wiemy bowiem, że jeżeli n. p. skutkiem rany na jednym palcu i inne są dłuższy czas zabandażowane, to palce te sztywnieją, a ruchy ich stają się bolesne, tak, że początkowe nieznaczne uszkodzenie może przejść w gorsze. Otóż zmuszanie uszkodzonego do lżejszej pracy zastąpi czynność leczenia w postaci miesienia lub elektryzowania. To samo odnosi się do zesztywniałych stawów po złamaniach, zwichnięciach i t. p. Trwanie okresu leczenia zależeć będzie od rodzaju uszkodzenia, zaszłych powikłań, wieku uszkodzonego, ogólnego stanu zdrowia i innych okoliczności. Okres leczenia złamań kończyn powinien być z góry zakreślony na czas dłuższy, conajmniej pół roku, może jednak, jeżeli nastąpią powikłania, i na lata całe się rozciągnąć Jakkolwiek wiemy, że odłamki po kilku tygodniach są już zupełnie zrośnięte, to jednak nie możemy uznać okresu leczenia za skończony, póki czynność danego narządu nie wróci do prawidłowego stanu. Złamanie jeszcze i po zrośnięciu się odłamków nie jest wyleczonem, jeżeli istnieje bolesność kostniny, obrzęki, dowodzące zaburzeń w krążeniu, zaburzenia w unerwieniu przez ucisk od opatrunku i t. p. Za regułę przyjąćby należało oznaczać okres leczenia stosunkowo długo, a z nim pobieraną najwyższą rentę dawać równie długo, następnie zaś stopniowo rentę obniżać i w miarę poprawiania się czynności uszkodzonego narządu nawet zupełnie zamykać Nie widzę bowiem żadnego słusznego powodu, aby ktoś, kto doznał złamania uda, które się wygoiło z nieznacznem skróceniem i z dobrem ustawieniem odłamków, po latach jeszcze pobierał rentę, kiedy sprawność takiej złamanej nogi po kilku latach nie pozostawia nic do życzenia. Dlatego stałą niezdolność do pracy należałoby określać bardzo ostrożnie. Jeżeli się latami całymi śledzi los chorych uszkodzonych, to stwierdza się olbrzymie zmiany na lepsze, a szczególnie co do wzmożenia się czynności pojedynczych narządów. Naturalnie najłatwiej przyjdzie nam ocenić odsetek niezdolności do pracy przy obrażeniach kończyn. To też oddawna ustalił się zwyczaj dzielenia ciała ludzkiego na części i stosownego oprocentowania. Wiele Towarzystw ubezpieczeń podaje na policach, w jakiej wysokości będą pewne utraty wynagradzane: i tak utrata prawej ręki 60%, utrata palca u nogi 3%, zupełna niezdolność 100%; w tych granicach są podane rozmaite tabelki, mniej więcej się zgadzające. Tak jednak w rzeczywistości nie można postępować. N. p. skaleczenie palca, które

pozostawiło znieczulenie opuszki z zatrzymaniem ruchomości palca, zwykłemu robotnikowi nie przeszkadza zgoła w zupełnem zarobkowaniu; jeżeli jednak to dotyczy zecera, który już nie może tak szybko składać, ponieważ nie czując, którą stroną czcionka jest obrócona, powolniej pracuje, to niezdolność do pracy może być stosunkowo wysoka. Ustawa obecna wprawdzie tego jeszcze całkiem dokładnie nie uwzględnia, ale same Zakłady ubezpieczeń przy wymierzaniu rent uwzględniają zawodowe zajęcie uszkodzonego. Zawodowy strzelec i hodowca bażantów z braku posady wziął się do innej pracy, przy której skaleczył sobie palec wskazujący prawej ręki, za czem poszło upośledzenie ruchów tegoż palca. Każdego innego robotnika byłbym uznał już obecnie, to jest w rok po wypadku, za zupełnie zdolnego do pracy, w tym przypadku jednak przedłużyłem pobieraną rentę na rok, gdyż twierdzenie uszkodzonego, że musi się przy strzelaniu posługiwać trzecim palcem, wydało mi się wiarygodnem. Z chwilą, kiedy palec trzeci nabędzie odpowiedniej wprawy, renta zostanie zamkniętą. Przykłady takie możnaby mnożyć w nieskończoność. Wspomnę obecnie tylko o ważniejszych skaleczeniach, wywołujących stałą częściową niezdolność do pracy. Na czele tego szeregu stoją wszelkie utraty członków lub ich części, więc ręki, nogi, palców, oka, a nawet zębów. Złamanie żuchwy z utratą zębów może doprowadzić do charłactwa skutkiem złego odżywiania się. Złamania kończyn nie powikłane, ale przez ustalenie odłamków w złem położeniu źle wygojone, są powodem poważniejszej niezdolności do pracy wtedy, jeżeli skrócenie przenosi 5 ctm. Skrócenia nawet 3—4 ctm. po kilku latach są powodem zaledwo nieznacznej kulawizny. Gorsze są złamania takie, po których nastąpiło zapalenie tkanki łącznej z następowym zanikiem mięśni i zesztywnieniem pewnych stawów. Sztywność stawu biodrowego po złamaniu miednicy jest kalectwem bardzo ciężkiem, albowiem znacznie utrudnia chód, a również i siedzenie. Sztywność kolana i stawu skokowego jest dla robotników znaczną przeszkodą w pracy, ale różną według ich zajęcia. Murarz o sztywnem kolanie łatwiej pracuje, niż cieśla. Utrata wszystkich palców u ręki jest równomierną prawie z zupełną utratą całej ręki. Ale uszkodzony, posiadający rękę bez palców, z dłonią, w lepszem jest położeniu, niż ten, któremu odjęto ramię. Znam jednego kolonistę pod Lwowem, który jedną ręką wszystko robi, nawet kosi, przytrzymując zachowanym łokciem drugiej ręki kosę. Z utraty palców najważniejszą jest utrata kciuka, gdyż ręka traci swoją chwytność. Jednak utrata dwóch tylko członków kciuka jest mniejszą stratą, niż równoczesna utrata kości śródręcza. Zachowana kość śródręcza może po latach ćwiczenia sprawić, że chwytność ręki stosunkowo jest dosyć znaczną. Utrata końcowego lub średniego członka pojedynczych palców z biegiem czasu posiadaczowi takiej ręki nie daje się zupełnie odczuwać, szczególniej jeżeli jest skrócony jeden lub najwyżej dwa palce. Cięższem skaleczeniem jest utrata palca n. p. trzeciego lub czwartego z odpowiednią kością śródręcza, gdyż wtedy ustawienie palców pozostałych jest wadliwe i czynność ręki niedokładna dla braku dłoni szerokiej.

Utrata tylko końcowego członka kilku nawet palców po upływie kilku lat zgoła nie przeszkadza zwykłemu robotnikowi w możności pełnego zarobkowania i pobierane renty powinny być zamknięte. Szczególną uwagę trzeba zwracać na wykształcenie mięśni, porównując kończynę uszkodzoną ze zdrową. Zanik mięśni, ich wiotkość, dowodzi osłabienia kończyny. Zanik taki może jednak dopiero po dłuższym czasie wystąpić. W jednym przypadku po naruszeniu nerwu ramieniowego przez cięcie w pasze, zanik mięśni glistowatych ręki można było spostrzedz dopiero w półtora roku.

Złamania obojczyka po kilku latach nie pozostawiają zazwyczaj żadnych śladów, oprócz może schodowatego zaklęśnięcia i ręka co do czynności jest prawidłowa. Złamania żeber, o ile nie było powikłania ze strony opłucnej, goją się bez pozostawienia żadnych śladów w ciągu kilku tygodni. Gorsze od złamań co do utrzymywania się bolesności przez czas dłuższy są zwichnięcia stawów i naciągnięcia więzadeł, n. p. w kostce, które mogą się wikłać ze złamaniem kości. Zdarzało się, że uszkodzeni chodzili ze złamaną nogą. W jednym przypadku rozpoznano tworzący się guz nowotworowy, najprawdopodobniej mięsak, gdy w rzeczywistości była to narastająca kostnina. Dziś po zastosowaniu promieni Röntgena rozpoznanie nie sprawiałoby takich trudności, jak to było przed laty dwudziestu, a przecież i w tym przypadku rozpoznano w końcu dobrze. Rzekomy nowotwór z czasem znikł. Szczególnie zgniecenia krótkich kości, jak nadgarstka, śródstopia, są bolesne bardzo długo, nieraz lata całe. Jeżeli złamania kości były powikłane i pozostały blizny z kością trwale zrośnięte, można przypuszczać, że bolesność utrzymuje się w większym stopniu.

Przy takich z kością zrośniętych bliznach istnieją zazwyczaj zaburzenia krążenia w postaci obrzęków, zasinienia, wyprysków lub znieczuleń pewnych części. Jeżeli uszkodzony opisuje nerwobole w przebiegu takim, jaki odpowiada anatomicznej budowie ciała, należy twierdzenie jego uznać za słuszne, n. p. przy urazach głowy bolesność nerwu trójdzielnego, bolesność nerwu potylicznego po złamaniu podstawy czaszki i t. p., jeżeli przebieg bolesności opisze uszkodzony szczegółowo. Bardzo często uszkodzeni podają wrzody goleni jako następstwo wypadku. Wiemy, że owrzodzenia te są skutkiem zaburzeń krążenia na tle żylaków, goją się bardzo powoli i powstają na nowo przy lada sposobności. Niektóre jednak wrzody goleni można trwale wyleczyć, a ciągle ropiejące rany spotyka się tylko u bardzo pod względem czystości zaniedbanych osobników.

Otóż te wrzody goleni, od najdawniejszych czasów znane jako plaga szpitali, dawały bowiem ich właścicielowi patent na przyjęcie, są i dziś jeszcze dla ich właścicieli atutem, który przy złamaniach kończyn bywa bardzo często wygrywanym. Nie można zaprzeczyć, że przez złamanie goleni z następowym obrzękiem i utratą części miękkich mogą powstać owrzodzenia, których dawniej nie było, albo istniejące znacznie się pogorszyć, ale z drugiej strony istnienie wrzodów żylakowych na nodze po zwichnięciu nogi lub lekkiem jej stłuczeniu nie może być brane tak dramatycznie, jakby to zawsze chcieli uszkodzeni przedstawić. Jeżeli na obu nogach są żylaki, a jedna z nich została stłuczoną, przyjąć można, że wrzody istniały na pewno już przed wypadkiem. Jeżeli jednak n. p. jedna goleń wygląda całkiem prawidłowo, a na drugiej złamanej są obrzęki, zasinienie i owrzodzenia żylakowe, to można przyjąć, że między niemi a złamaniem zachodzi ścisły związek. Że widok takiej nogi owrzodziałej może sprawiać wstrząsające wrażenie, szczegól-

nie na nie lekarzy, więc n. p. na członków Sądu rozjemczego, nie ulega wątpliwości; trzeba jednak wiedzieć, że żylaki takie i wrzody mniejszą są przeszkodą w pracy, niż n. p. sztywność jednego z większych stawów lub rwa któregoś z nerwów obwodowych. Do dalszych objawów, które uszkodzeni chętnie podnoszą, należą trzeszczenia stawów, a szczególnie kolan. Otóż takie trzeszczenie może się zdarzać u najzdrowszych nieraz osób, które nigdy ani uszkodzone nie były, ani żadnych dolegliwości nie odczuwają. Ważniejszą okolicznością są wysięki w kolanie, nieraz długi czas się utrzymujące, wtedy atoli nie ma trzeszczenia. Wysięki takie utrudniają chód, a cała noga cięży choremu, jakby coś do niej było przywiązanem. Wogóle wysięki kolana po stłuczeniach mogą się długo utrzymać.

Nie ulega wątpliwości, że uszkodzeni używają rozmaitych środków celem poparcia swych twierdzeń o wrzekomo istniejących bolach, n. p. w złamanych przed laty żebrach. Do takich środków należą: obstawienie klatki piersiowej bańkami suchemi lub pomazanie się nalewką jodową, co bardzo dekoracyjnie wygląda. Ale i stawianie pryszczydeł na kończynach celem wywołania wyprysku i podwiązywanie przepaską elastyczną ręki lub nogi celem wywołania obrzęku, są to znane i zupełnie pewnie stwierdzone manipulacye. Postępowanie Zakładów ubezpieczeń w przypadkach udawania jest niesłuszne. Nie dość bowiem na tem, że w danym przypadku odmówi się renty; mojem zdaniem należałoby iść dalej i osobnikom takim wytoczyć proces o oszustwo. Błędem ustawy jest mojem zdaniem także to, że nie daje jednorazowej odprawy tym, którzy o to proszą. Jednorazowa odprawa w pewnej większej sumie, oczywiście odpowiednio obliczonej, mogłaby posłużyć do założenia sklepu, warsztatu, do zakupna roli, na którejby nawet poważniej uszkodzony mógł pracować dodatnio nawet bez całej ręki, nie mówiąc o utracie końcowego członka palca, kiedy dziś, pobierając rentę miesięcznie, i od czasu do czasu będąc badanym, podsuwa badającemu lekarzowi palec pozbawiony paznokcia i twierdzi, że nic zapracować nie może. Że pewien pessymizm musi opanować lekarza, codziennie stykającego się z uszkodzonymi, nie może nikogo dziwić, jeżeli n. p. przy opukiwaniu klatki piersiowej mężczyzna o mięśniach atlety, który doznał przed rokiem stłuczenia klatki piersiowej, wije się z bolu, jakby go kto nożem żgał. A jednak ciągle trzeba pamiętać o tem, że przecież niekażdy musi być symulantem.

Do najczęściej udawanych objawów należy chwianie się po zamknięciu oczów. Jeżeli taki badany tylko zamknąwszy oczy zaczyna się chwiać, sprawa jest bardzo podejrzaną. Niektórzy padają nawet na ziemię, ale w tych przypadkach zawsze widzi się pewien przymus, niezgrabność i strzeżenie się przed dotkliwszem uderzeniem. Jeden uszkodzony padał zawsze na obok stojącą sofę pomimo tego, że stawiałem go twarzą raz ku oknu, a raz przeciwnie do pokoju. Symulanci wiedzą także o wzmożeniu odruchów kolanowych. Nieraz uderzenie zamierzone, ale nie wykonane, tylko powstrzymane przed samem ścięgnem, wywołuje podrzucenie nogi w powietrze. Tak „wzmożone“ odruchy są oczywistym dowodem symulacyi.

Powyższe uwagi znacznie dałyby się rozszerzyć, a szczególnie objaśnić opisem zaszłych wypadków, przebiegu sprawy, orzeczeń wydanych przez sądy rozjemcze lub przez uznane lekarskie powagi. Wtedy jednak ramy obecnej pracy mogłyby się rozszerzyć do rozmiarów kilkotomowego dzieła, których już nie brak. Nie mówiąc o wielkich niemieckich podręcznikach, wspomnieć muszę o doskonałej pracy polskiej dra Mączkowskiego: „O udawaniu (symulacyi) objawów nerwowych“. Kolegom, pragnącym się z całą sprawą dokładniej zapoznać, mogę polecić dzieło Kaufmanna: „Handbuch der Unfallverletzungen“ 1897.

Bakterye mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami.

Napisał

Prof. dr Napoleon Cybulski.

(Ciąg dalszy).

Obecność stała rozmaitych drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym prawie u wszystkich zwierząt z wyjątkiem niektórych owadów i ich poczwarek jak n. p. larw molów, których przewód pokarmowy bakteryi nie zawiera, nasuwała pytanie, czy te drobnoustroje nie są dla życia niezbędne; czy one nie spełniają tu jakiejś roli, dzięki której ustrój łatwiej przyswaja pokarm, słowem, czy ustroje wyższe nie tworzą współżycia (symbiozy) z ustrojami niższymi, a pozbawione ich byłyby niezdolne do życia. I takie zapatrywanie, zdawało się, potwierdzają niektóre doświadczenia. Tak Schottelius[2]) pierwszy usiłował wylęgnąć z jajek kurczęta w wylęgarniach, urządzonych w ten sposób, ażeby do piskląt, wylęgających się z jajek, nie mogły się dostać żadne drobnoustroje. Pokarm wylęgłych kurcząt również był w ten sposób sporządzony, że w nim nie było ani bakteryi, ani ich zarodników. Tak karmione i hodowane kurczęta żyły kilka tygodni i nie zawierały w swoim przewodzie pokarmowym żadnych niższych ustrojów, żadnych bakteryi, lecz pomimo pobierania pokarmu nie przybierały na wadze, chudły i wyglądały bardzo nędznie. Gdy autor do pokarmu dodał bakteryi lub począł kurczęta karmić pokarmem niewyjałowionym, wówczas te same, znajdujące się już w ostatnim stopniu charłactwa pisklęta poprawiały się i wracały do stanu prawidłowego. Podobne doświadczenie przeprowadziła pani Miecznikow[3]) nad kijankami. I w tym przypadku, gdy pokarm był zupełnie wyjałowiony, zwierzątka wprawdzie żyły w ciągu kilku miesięcy, lecz zupełnie się nie rozwijały.

Jednakże przeciwko tym doświadczeniom przemawiają doświadczenia Nutalla i Thierfeldera[4]), którym powiodło się wyhodować nowonarodzone morskie świnki, karmione mlekiem i pokarmami roślinnymi, dokładnie wyjałowionymi tak, iż w przewodzie pokarmowym tych zwierząt nie było żadnych drobnoustrojów i mimo to, zwierzęta te rozwijały się zupełnie prawidłowo i były wciąż w dobrym stanie. Doświadczenia więc Nutalla i Thierfeldera dowiodły w sposób niewątpliwy, że obecność bakteryi i innych drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym nie jest konieczną i że w poprzednich doświadczeniach hodowanie kur-

---

[2]) Archiv für Hygiene 1898, tom XXXIV, str. 210, 1902, tom LXII, str. 48.

[3]) Annales de l'Institut Pasteur, 1901, str. 630.

[4]) Zeitschrift für physiologische Chemie, 1895, str. 109.

cząt lub kijanek nie udawało się dlatego, że albo pokarm, albo wogóle warunki, wśród których te zwierzątka żyły, nie były odpowiednie.

Zresztą, że obecność drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym człowieka nie jest warunkiem jego istnienia, wskazuje także ta zmienność rozmaitych gatunków, które w przewodzie pokarmowym się znajdują. Przy zmianie pokarmów u noworodków karmionych piersią, ilość bakteryi nie jest, według Tissiera, obfitą; wśród nich w największej ilości występuje *bacillus bifidus*. U tych samych dzieci flora w przewodzie pokarmowym stawała się znacznie obfitszą i występowały inne gatunki, kiedy dzieci karmiono mlekiem krowiem. Najbardziej urozmaicają i powiększają florę, jak już zaznaczyłem wyżej, pokarmy surowe. U człowieka, o ile spożywa pokarmy gotowane, oczywiście pokarmy te drobnoustrojów nie zawierają i tylko wyjątkowo pewne zarodniki. Dlatego też gotowanie mleka lub wody do pewnego stopnia zapobiega wprowadzeniu bakteryi; tem się tłómaczy dobry wynik, który stwierdzono powszechnie przy stosowaniu u dzieci mleka gotowanego, jak n. p. z zakładów „Kropli mleka“. Jednakże dorosły człowiek, chociażby ostrożność posuwał bardzo daleko, nie może uniknąć wprowadzenia drobnoustrojów do przewodu pokarmowego. Bakterye same i ich zarodniki znajdują się w powietrzu, osiadają z kurzem na naczyniach, na pokarmach, chociażby ugotowanych, lecz oziębionych i w ten sposób najrozmaitsze ich gatunki, obojętne i szkodliwe, trafiają do naszego ustroju.

Prawda, że ustrój sam posiada pewne środki, które niszczą rozmaite drobnoustroje; i tak wiadomo, że niektóre z nich zabija sok żołądkowy (dzięki obecności kwasu solnego) i strawia, również sok trzustkowy. Jednakże dotyczy to tylko pewnych gatunków i przytem zwykle nie działają na zarodniki, a ta okoliczność sprawia, że nawet przy zachowaniu największej ostrożności i używaniu nawet pokarmów wyjałowionych nie możemy zapobiedz na pewno wnikaniu do naszego przewodu pokarmowego rozmaitych drobnoustrojów, nie tylko obojętnych, ale także chorobotwórczych i szkodliwych.

Pomijając nieulegającą wątpliwości szkodliwość bakteryi chorobotwórczych, jak n. p. cholery, duru brzusznego, moru, czerwonki, które tylko podczas epidemii lub w pewnych ogniskach zarazy mogą się dostawać do naszego ustroju, są i wśród zwykłych warunków bardzo szkodliwe gatunki, których nie możemy uniknąć, jak n. p. bakterye gnilne, bakterye fermentacyi masłowej lub rozmaite gatunki drożdży (*mycoderma aceti*, *cerevisiae* i t. p.). Wśród pewnych zmian, które zachodzą w czynności gruczołów wydzielniczych przewodu pokarmowego, mogą łatwo powstać warunki, wskutek których już nawet w żołądku mogą się wytwarzać najrozmaitsze rodzaje fermentacyi, wywołane przez te drobnoustroje. Fermentacye te same przez się wywołują ostre zaburzenia i pogorszają stany chorobowe. Oprócz fermentacyi w takich przypadkach najłatwiej i prawie stale znajdują także warunki rozwoju bakterye gnilne. Zresztą głównem miejscem rozwoju tych drobnoustrojów jest jelito grube. Szkodliwość zaś wytworów, które powstają wskutek działania tych bakteryi, chyba nie ulega wątpliwości. Wszak powszechnie znane są przypadki zatrucia zepsutem mięsem, rybami, a nawet takimi przetworami, jak szynka, kiełbasa. W niektórych okolicach Rosyi wskutek zatrucia rybami powstają całe epidemie. Ale nawet w kraju „porządku, sprawiedliwości i bojaźni Bożej“, w Prusach opisują epidemie n. p. Gaffky i Paak w Rohrdorf (Prusy), wywołane zepsutemi kiełbasami, podczas której zmarło kilkadziesiąt osób[5]). Wprawdzie można dziś spotkać się ze zdaniem, że nie zawsze zepsute, gnijące przetwory spożywcze są szkodliwe, lecz zdanie to opiera się prawdopodobnie na tej okoliczności, że szkodliwe działanie pokarmów gnijących zależy od okresu gnicia, od ilości bakteryi i od ilości trucizn, które te bakterye wytwarzają. Doświadczenia w tym względzie są wogóle szczupłe, można jednakże wskazać na spostrzeżenia podróżników, którzy w dzikich, bezludnych stepach lub pustyniach z głodu spożywali niekiedy padlinę i bardzo często stawali się ofiarą swego apetytu. Tak Foa[6]) podaje, że gdy karawana jego, złożona przeważnie z negrów, od kilku dni już strasznie wygłodzona, znalazła pewnego dnia na drodze padlinę słonia, która zupełnie gniła i gdy pomimo jego zakazu trzech z jego ludzi spożyło mięso tego słonia, wszyscy trzej w strasznych męczarniach z objawami silnego ostrego zapalenia przewodu pokarmowego zginęli w ciągu jednej doby. Zatrucia się pokarmami zepsutymi wskazują stanowczo, że nawet wtedy, gdy nie same bakterye, lecz tylko ich wytwory dostają się do ustroju, działają one zawsze szkodliwie i wywołują mniej lub więcej długotrwałe zaburzenia.

Skoro więc wśród innych bakteryi, bakterye gnilne znajdują się w przewodzie pokarmowym, skoro ich wytwory rozkładu są dla ustroju szkodliwe, skoro warunki dla rozwoju tych drobnoustrojów są w jelitach zupełnie odpowiednie, zachodzi więc pytanie, czy te wytwory rzeczywiście powstają w przewodzie pokarmowym i czy one w tym przypadku mogą działać również szkodliwie.

Wieloletnie doświadczenie ludzkości i spostrzeżenia naukowe, tak lekarskie, jak i fizyologiczne, dały twierdzącą odpowiedź na oba te pytania i wyjaśniły, że sprawy te zachodzą przeważnie w jelitach grubych. Już od bardzo dawna wiadomo, że takie wytwory rozkładu substancyi białkowych jak siarkowodór, fenol, krezol, indol, skatol, zawsze w większej lub mniejszej ilości można wykryć w kale. Wszystkie te substancye są silnemi truciznami i oczywiście skoro się już wytworzyły w jelicie grubem, mogą uledz wessaniu, i w ten sposób w mniejszym lub większym stopniu zatruwać cały ustrój. Ustrój walczy z temi wytworami i wyrabia w sobie przynajmniej względem niektórych, zdolność zobojętniania ich działania. I tak, w wątrobie powstają związki krezolu i fenolu z kwasem siarkowym, inne ulegają pewnemu przekształceniu. Powstające nowe związki, jak kwasy siarkofenolowe, siarkokrezolowe, indykan i t. p., łącząc się z zasadami, dają związki obojętne, lecz to nie niweczy w zupełności ich szkodliwego działania. Według Miecznikowa pobudzają one do czynności fagocyty i obniżają odporność wyższych komórek ustroju, n. p. nerwowych i gruczołowych. Że te substancye powstają w jelicie grubem, na to już przed laty przytaczał dowody Baumann, a nie braknie ich i w nowszych czasach; i tak Ewald przytacza badania u kobiety, u której po operacyi uwięźniętej przepukliny powstał odbyt sztuczny w jelicie grubem. Przez cały czas, dopóki jelito grube nie działało, w moczu tej osoby nie

[5]) Arbeiten d. k. Gesundheitsamtes, vol. IV, 1890.

[6]) Du cap au lac Nyassa, Paris 1897.

można było wykryć, ani indolu, ani fenolu. Gdy następnie po nowej operacyi jelito cienkie połączono z grubem, obie te substancye zjawiły się ponownie w moczu. Substancyi tych wcale nie znajdujemy w moczu ptaków, które, jak nadmieniliśmy wyżej, nie posiadają jelita grubego.

W tych sprawach rozkładowych w jelitach, a w szczególności w jelicie grubem, w tych wytworach, powstających wskutek działania drobnoustrojów, a w szczególności bakteryi gnilnych, upatruje Miecznikow główne źródło szkodliwych wpływów na tkanki ustroju, główne czynniki, które przyspieszają zmiany starcze w tkankach: zanik pierwocin miąższowych, a w szczególności komórek nerwowych i gruczołowych, rozwój tkanki łącznej, obniżenie spraw wymiany materyi i odkładanie się w tkankach składników mineralnych (zwapnienie tętnic w miażdżycy), a w końcu ogólne zmniejszanie się odporności ustroju na rozmaite wpływy szkodliwe, co jest także jedną z cech zmian starczych. (C. d. n.)

Badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

Podał

Adam Wrzosek.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jagiell. Dyrektor: prof K. Klecki.)

(Ciąg dalszy).

II. Badania własne hodowania beztlenowców w atmosferze powietrza, w bulionie, zawierającym kawałek tkanki roślinnej.

Do hodowania beztlenowców używałem bulionu zwykłego, zawierającego 1% wyciągu mięsnego Liebiga, 1% peptonu i 0,5% soli kuchennej. Do bulionu tak przygotowanego wkładałem kawałek tkanki roślinnej i szczepiłem doń beztlenowce. Do badań używałem trzech gatunków beztlenowców, a mianowicie laseczników szelestniсy, obrzęku złośliwego i kiełbasianych (*b. botulinus*). Po zaszczepieniu dwóch lub trzech oczek bulionowej hodowli rzeczonych mikrobów do probówek z bulionem, zawierającym kawałek tkanki roślinnej, umieszczałem zaszczepione pożywki w cieplarce w 37° C. Gdy bulion zaszczepiony zmętniał i cuchnął, przeszczepiałem zeń zawsze do bulionu zwykłego oraz do bulionu, znajdującego się w probówce pod warstwą stałej parafiny po dwa lub trzy oczka. Bulion, znajdujący się pod warstwą parafiny, zawierał prawie zawsze 0,2% cukru gronowego. Prócz tego, w razie zmętnienia zaszczepionego bulionu, często badałem go w kropli wiszącej i w preparatach zabarwionych. Jeżeli bulion zawierający kawałek tkanki roślinnej i zaszczepiony beztlenowcem zmętniał i cuchnął; jeżeli przeszczepiony do bulionu cukrowego pod parafiną i do bulionu zwykłego, w pierwszym wytwarzał gazy i wywoływał jego zmętnienie, gdy bulion zwykły pozostawał przezroczysty; jeżeli dalej w kropli wiszącej można było zauważyć dużo poruszających się laseczników, a w preparacie zabarwionym sporo laseczników z zarodnikami lub bez nich, wtedy uważałem, że zaszczepiony beztlenowiec rozmnożył się w bulionie z kawałkiem tkanki roślinnej.

Z początku zamierzałem próbować hodować beztlenowce tylko w bulionie, do którego uprzednio włożyłem niewyjałowiony kawałek ziemniaka. W tym celu wyjałowionemi nożyczkami lub nożem wycinałem ze środka ziemniaka kawałki rozmaitej wielkości, wkładałem je do probówek, zawierających bulion i umieszczałem w cieplarce w 37°, aby się przekonać, czy wycięty kawałek ziemniaka był jałowy. Ponieważ jednak w znacznej części probówek bulion mętniał, a badanie drobnowidowe stwierdzało obecność licznych prątków, przeto postanowiłem spróbować hodować beztlenowce nietylko w bulionach, zawierających niewyjałowiony kawałek ziemniaka, lecz również w bulionach, które wraz z kawałkiem ziemniaka przed zaszczepieniem do nich beztlenowców wyjaławiałem w autoklawie w 120° w ciągu 15 minut. Zaraz pierwsze próby dały mi całkiem nieoczekiwany wynik. Okazało się bowiem, że w bulionach, wyjałowionych wraz z kawałkiem ziemniaka, beztlenowce lepiej się rozwijały, aniżeli w bulionach, zawierających niewyjałowiony kawałek ziemniaka. Buliony, wyjałowione wraz z kawałkiem ziemniaka i umieszczone w cieplarce w 37°, rychlej i silniej mętniały po zaszczepieniu do nich beztlenowców, aniżeli buliony, zawierające kawałek ziemniaka niewyjałowiony i zaszczepione takimi samymi mikrobami. Dalej okazało się, że beztlenowce, zaszczepione do bulionu wyjałowionego wraz z kawałkiem ziemniaka, rozmnażając się, przechodzą wszystkie okresy rozwoju, kończąc na wytwarzaniu zarodników; natomiast beztlenowce, zaszczepione do bulionu z kawałkiem ziemniaka niewyjałowionym, rozmnażając się tam, zwykle zarodników nie wytwarzały, a przynajmniej rzadziej, aniżeli beztlenowce, hodowane w bulionach wyjałowionych wraz z kawałkiem ziemniaka. Wobec tego później szczepiłem beztlenowce tylko do bulionów, wyjałowionych wraz z ziemniakiem w 120° w ciągu 15 minut.

Lecz i w bulionach, zawierających kawałek ziemniaka wyjałowiony i zaszczepionych beztlenowcami, niezawsze hodowla była jednakowo bujna. Raz bulion bardzo rychło i silnie mętniał, drugi raz słabiej lub tylko w warstwie dolnej. Gdy zwróciłem na tę okoliczność uwagę, spostrzegłem, że beztlenowce rozwijają się lepiej w tych bulionach, które zawierają większy kawałek ziemniaka, niż w tych, które zawierają mniejszy. W celu dokładniejszego określenia, jaka ilość ziemniaka jest niezbędna w bulionie, aby można w nim było hodować beztlenowce, zaszczepiłem beztlenowce do kilkudziesięciu probówek z bulionem, zawierających kawałki ziemniaka. We wszystkich probówkach była mniej więcej jednakowa ilość bulionu, wynosząca około 10 cm³. Do probówek z bulionem powkładałem dokładnie ważone ilości ziemniaków młodych, tegorocznych lub starych, zeszłorocznych, poczem buliony wraz z kawałkami ziemniaków wyjałowiłem w 120° w ciągu 15 minut. Do tak przygotowanych pożywek zaszczepiłem mikroby zaraz po wyjałowieniu i ostudzeniu pożywek. Okazało się, że ilość znajdującego się w bulionie ziemniaka odgrywa niemałą w tej sprawie rolę. Albowiem jeżeli w probówce znajdowało się tylko 0,1, 0,2 lub 0,3 gr. ziemniaka — wszystko jedno czy młodego czy starego — to zaszczepione beztlenowce nigdy się nie rozmnażały. Gdy bulion zawierał ziemniaka więcej, np. 0,4 lub 0,5, to niekiedy beztlenowce rozmnażały się w nim. Natomiast zawsze można było otrzymać hodowle beztlenowców w bulionie, zawierającym 1,0 ziemniaka lub więcej (tablica I). Zawartość cukru w bulionie nie odgrywa tu widocznej roli, gdyż otrzymałem jednakowe wyniki, szcze-

piąc beztlenowce do zwykłego bulionu z ziemniakiem, lub do bulionu cukrowego, zawierającego kawałek ziemniaka.

Po stwierdzeniu tego nasuwało się zaraz nowe pytanie, a mianowicie, czy ilość bulionu nie odgrywa również pewnej roli w tej sprawie. Aby to pytanie rozwiązać, szczepiłem beztlenowce do kilku szeregów probówek, zawierających różne ilości bulionu, a jednakowe ziemniaka. Okazało się, że i ilość bulionu nie jest bez znaczenia. Gdy bowiem w probówkach, zawierających po 10 cm³. bulionu i po 0,3 gr ziemniaka nigdy nie otrzymywałem hodowli beztlenowców to natomiast w niektórych probówkach, zawierających po, 0,3 gr. ziemniaka, lecz mniejsze ilości bulionu, nie przekraczające 6 cm.³, otrzymywałem hodowle (tablica II).

Tablica I.

L. porz.	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	Bulion zwykły z 0,1 gr. ziemniaka starego	Lasecznik obrzęku złośliwego	0	—
2	„ „ 0,1 „ „	„	0	—
3	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
4	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
5	„ „ 0,3 „ „	„	0	—
6	„ „ 0,4 „ „	„	+	1
7	„ „ 0,5 „ „	„	0	—
8	„ „ 0,5 „ „	„	+	1
9	„ „ 1.0 „ „	„	+	1
10	„ „ 2,0 „ „	„	+	1
11	„ „ 0,1 „ z. młodego	„	0	—
12	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
13	„ „ 0.3 „ „	„	0	—
14	„ „ 0,4 „ „	„	0	—
15	„ „ 0,5 „ „	„	0	—
16	„ „ 1,0 „ „	„	+	1
17	Bulion cukr. (0,2%) „ 0,1 „ z. starego	„	0	—
18	„ „ 0.2 „ „	„	0	—
19	„ „ 0,5 „ „	„	+	2
20	„ „ 1,0 „ „	„	+	1
21	Bulion zwykły „ 0,1 „ z. młodego	Lasecz. kiełbasiany	0	—
22	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
23	„ „ 0,3 „ „	„	0	—
24	„ „ 0,4 „ „	„	0	—
25	„ „ 0,5 „ „	„	0	—
26	„ „ 1,0 „ „	„	+	1
27	„ „ 3,0 „ „	L obrzęku złośl.	+	1
28	„ „ 3,0 „ z. starego	„	+	1
29	Bulion cukr. (0.2%) „ 3,0 „ „	„	+	1
30	Bulion zwykły „ 0,1 „ z. młodego	Lasecz. szelestnicy	0	—
31	„ „ 0,2 „ „	„	0	—
32	„ „ 0,3 „ „	„	0	—
33	„ „ 0,4 „ „	„	0	—
34	„ „ 0,5 „ „	„	0	—
35	„ „ 1,0 „ „	„	+	4
36	„ około 1,0—1,5 „	„	+	8

Dalej nasunęło mi się nowe pytanie: czy prócz ilości ziemniaka i bulionu, nie odgrywa w hodowaniu beztlenowców pewnej roli także głębokość warstwy bulionu, a zarazem wielkość powierzchni bulionu, stykającej się bezpośrednio z powietrzem. Aby to pytanie rozwiązać, używałem do hodowania beztlenowców nie zwykłych bakteryologicznych probówek, jakich używałem był w poprzednich szeregach doświadczeń, lecz probówek takiej samej wysokości, atoli posiadających conajmniej dwa razy mniejsze światło. Okazało się, jak to widać z tablicy III, że w takich probówkach, zawierających bulionu od 1 do 6 cm.³ i po 0,1 gr. ziemniaka już się niekiedy beztlenowce rozmnażały, ale stale otrzymywałem hodowle, gdy probówki takie zawierały tyleż bulionu, lecz 0,2 gr. ziemniaka. Dodać należy, że do wszystkich pożywek, wyszczególnionych w tablicach II i III, szczepiłem beztlenowce niezwłocznie po wyjałowieniu i ostudzeniu pożywek.

Dalej należało zbadać, czy wszystkie tkanki roślinne w jednakowej mierze sprzyjają rozmnażaniu się beztlenowców w zwykłym bulionie. Jak to można było poniekąd już z góry przewidzieć, nie wszystkie tkanki roślinne nadają się do tego celu, jak to widać z tablicy IV. Obecność w bulionie kawałka buraka lub kalarepy bezwarunkowo sprzyjała rozwojowi beztlenowców, natomiast rzodkiewka, jabłko, pomarańcza, wpływu takiego nie wywierały. I do pożywek, w tablicy IV wyszczególnionych, szczepiłem beztlenowce niezwłocznie po wyjałowieniu pożywek wraz z kawałkiem tkanki roślinnej.

Tablica II.

L. porz.	Pożywka	Wysokość warstwy bulionu w probówce w cm.	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	1 cm.³ bul. zwykł. z 0,1 gr. ziemn. młod.	1,2	Lasecznik obrzęku złośliwego.	0	—
2	2 „ „ „ 0,1 „ „ „	1,5		0	—
3	3 „ „ „ 0,1 „ „ „	1,7		0	—
4	4 „ „ „ 0,1 „ „ „	2,3		0	—
5	5 „ „ „ 0,1 „ „ „	3,4		0	—
6	6 „ „ „ 0,1 „ „ „	3,6		0	—
7	1 „ „ „ 0,2 „ „ „	1,1		0	—
8	2 „ „ „ 0,2 „ „ „	1,5		0	—
9	3 „ „ „ 0,2 „ „ „	2,2		0	—
10	4 „ „ „ 0,2 „ „ „	2,5		0	—
11	5 „ „ „ 0,2 „ „ „	3,1		0	—
12	6 „ „ „ 0,2 „ „ „	4,0		0	—
13	1 „ „ „ 0,3 „ „ „	1,0		+	2
14	2 „ „ „ 0,3 „ „ „	1,6		+	2
15	3 „ „ „ 0,3 „ „ „	2,3		0	—
16	4 „ „ „ 0,3 „ „ „	2,8		0	—
17	5 „ „ „ 0,3 „ „ „	4,0		0	—
18	6 „ „ „ 0,3 „ „ „	3,8		+	2

Tablica III.

L. porz.	Pożywka	Wysokość warstwy bulionu w probówce w cm.	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	1 cm.³ bul. zwykł. z 0,1 gr. ziemn. młod.	3,0	Lasecznik obrzęku złośliwego.	0	—
2	2 „ „ „ 0,1 „ „ „	3,4		0	—
3	3 „ „ „ 0,1 „ „ „	4.6		0	—
4	4 „ „ „ 0,1 „ „ „	7,5		+	2
5	5 „ „ „ 0,1 „ „ „	7,5		0	—
6	6 „ „ „ 0,1 „ „ „	8,3		0	—
7	1 „ „ „ 0,2 „ „ „	1,7		+	1
8	2 „ „ „ 0.2 „ „ „	3,6		+	1
9	3 „ „ „ 0,2 „ „ „	4,0		+	1
10	4 „ „ „ 0,2 „ „ „	4,3		+	1
11	5 „ „ „ 0,2 „ „ „	7,7		+	1
12	6 „ „ „ 0,2 „ „ „	7,1		+	2
13	1 „ „ „ 0,3 „ „ „	1,7		+	1
14	2 „ „ „ 0,3 „ „ „	3,4		+	1
15	3 „ „ „ 0.3 „ „ „	4,0		+	1
16	4 „ „ „ 0,3 „ „ „	6,0		+	1
17	5 „ „ „ 0,3 „ „ „	6,0		+	1
18	6 „ „ „ 0,3 „ „ „	6,0		+	1

Prawie wszystkie buliony po wyjałowieniu wraz z kawałkiem tkanki roślinnej były całkiem przeźroczyste. Gdy zię w nich rozwijała hodowla zaszczepionych beztlenowców,

wtedy buliony mętniały, zaczynały cuchnąć, przyczem około kawałka tkanki roślinnej pojawiały się pęcherzyki gazów. Badanie w kropli wiszącej wykrywało zwykle bardzo wielką liczbę szybko poruszających się laseczników z zarodkami lub bez nich W preparatach, zabarwionych barwikami anilinowymi, znajdowałem w tych przypadkach zawsze wielką mnogość laseczników bez form inwolucyjnych, a obok tego prawie zawsze zarodniki w rozmaitej liczbie.

Tablica IV.

L. porz	Pożywka	Mikrob zaszczepiony	Wynik szczepienia	Po ilu dniach pojawiła się hodowla?
1	Około 10 cm.³ bulionu zwykłego z 3,0 gr. buraka czerwonego starego	L. obrzęku złośliwego	+	2
2	" " " " " 3,0 " " " "	L. szelestnicy	+	2
3	" " " " " 3,0 " pastewnego starego	L. obrzęku złośliwego	+	1
4	" " " " " 3,0 " " "	L. szelestnicy	+	1
5	" " " " " 3,0 " kalarepy młodej	L. obrzęku złośliwego	+	1
6	" " " " " 3,0 " " "	L. szelestnicy	+	1
7	" " " " " 3,0 " buraka czerwonego młodego	L. obrzęku złośliwego	+	4
8	" " " " " 3,0 " " " "	L. szelestnicy	+	2
9	" " " " " 3,0 " rzodkiewki młodej	L. obrzęku złośliwego	0	—
10	" " " " " 3,0 " " "	L. szelestnicy	0	—
11	" " " " " 3,0 " jabłka starego	L. obrzęku złośliwego	0	—
12	" " " " " 3,0 " " "	L. szelestnicy	0	—
13	" " " " " 3,0 " pomarańczy	L. obrzęku złośliwego	0	—
14	" " " " " 3,0 " "	L. szelestnicy	0	—
15	" " " " " 3,0 " skórki pomarańczowej	L. obrzęku złośliwego	0	—
16	" " " " " 3,0 " " "	L. szelestnicy	+	1

Z powyższych spostrzeżeń można wysnuć wniosek, że w probówce z bulionem, zawierającej pewną ilość ziemniaka, odpowiednią do ilości bulionu, zawsze można otrzymać hodowle beztlenowców (lasecznik kiełbasiany, obrzęku złośliwego i szelestnicy), jeśli się zaszczepi je do bulionu niezwłocznie po wyjałowieniu go wraz z ziemniakiem. Sądzę, że Tarozzi dlatego nie stale otrzymywał hodowle beztlenowców w bulionie, zawierającym kawałek tkanki roślinnej, że nie uwzględniał stosunku ilości bulionu do ilości zawartej w nim tkanki roślinnej, oraz że przed zaszczepieniem beztlenowców wkładał do bulionów kawałki tkanki roślinnej niewyjałowionej, a raczej nie poddawanej działaniu pary o wysokiej ciepłocie. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

O zapaleniu wyrostka robaczkowego.

(Sprawozdanie z rozpraw Tow. lekarskiego berlińskiego na posiedzeniach z d. 18 i 25 lipca i 1 sierpnia 1906).

Streścił

Dr E. Stahr.

W zagajeniu wywodzi Bergmann, że dziś co raz więcej przyjmuje się w kołach nawet laików zapatrywanie, iż każdy chory na zapalenie wyrostka robaczkowego powinien być operowany w ciągu pierwszej doby. Dlatego jest niezmiernie doniosłą rzeczą dla lekarza, by wiedział, po czem może rozpoznać zapalenie wyrostka. Drugą bardzo ważną sprawą jest pytanie, czy wyrostek robaczkowy należy zawsze usuwać po raz przebytym napadzie. Na podstawie badań Riedla powszechnie przyjmują, że ostry napad poprzedza przewlekłe zapalenie narządu, t. z., że nigdy nie powstaje odrazu napad ostry. Mowca sądzi jednak, że w wielu przypadkach poprzednio zupełnie zdrowy wyrostek robaczkowy ulega nagłemu zapaleniu z powodu wniknięcia doń bakteryi.

Kraus uważa za niemożliwe ścisłe rozpoznanie rodzaju zmian anatomicznych w zapalonym wyrostku na podstawie klinicznego obrazu. Jest zwolennikiem niezwłocznego zabiegu w każdym przypadku, gdyż pierwotnie lekkie zapalenie może nagle się pogorszyć. Rozpoznanie ostrego napadu nie sprawia zwykle żadnych trudności; spotykamy się z niemi dopiero w przypadkach poronnych. Mowca godzi się na zapatrywanie, że nigdy napad ostry nie powstaje bez poprzedzającego przewlekłego zapalenia wyrostka, które to zapalenie przewlekłe znamionuje się od samego początku przewlekłemi zaburzeniami trawienia i bolami w różnych okolicach brzucha. Przyczyną tego jest ogólny nieżyt okrężnicy *(enterocolitis)*, w przebiegu którego zapada wreszcie wyrostek robaczkowy i nieraz nagle po gwałtowniejszym ruchu zjawiają się wzdęcie okolicy ślepej kiszki i miejscowy skurcz mięśni brzusznych *(défense musculaire)*. Wzdęcie spotykamy naturalnie i w toku innych spraw, n. p. wzdęcie ślepej kiszki gazami w przypadkach opadnięcia żołądka. Tu jednak nie ma bolów dla zapaleń wyrostka znamiennych. A bole te mają różne przyczyny. Zapalenie podnosi parcie i uszkadza tkanki. Zapalenie wywołuje bole odruchowe w innych narządach, jak żołądek, jelito cienkie, jelito grube. Podobne są bole przy gruźliczych wrzodach w jelitach, ale są one więcej rozlane i odpowiednia dyeta ma na nie wpływ. Szczególnie znamiennym dla zapalenia wyrostka jest ból otrzewny i miejscowa przeczulica na ucisk. Bole, towarzyszące napadom kolki, są rozleglejsze i promieniują w kierunku ud. Ból wśród zapalenia wyrostka ma stalszą siedzibę i jest bardziej ograniczony, chociaż niezawsze w punkcie Mac Burneya. Wstrząsanie brzucha, nawet opukiwanie sprawia choremu przykry ból, zmiana miejsca również potęguje bole. Nierzadko spotykamy biegunkę, natomiast kolce towarzyszy zaparcie. U kobiet należy zawsze pamiętać o chorobach części rodnych, ale wtedy stwierdza się punkty, bolesne na ucisk, głębiej leżące, a nadto zaburzenia w miesiączkowaniu. Rozstrzyga wreszcie badanie ginekologiczne. Podobne objawy mogą zdarzać się i w histeryi, ale wtedy nie spotykamy ani gorączki, ani leukocytozy. Nadto badanie wykryje i inne cechy histeryi *(stigmata hysterica)*. Dieulafoy zwrócił uwagę na przeczułą na ból okolicę, odpowiadającą 12 odcinkowi grzbietowemu. Wspomnianych objawów można nie spotkać wśród ciężkich zakażeń, przebiegających z zapadem. Zanim się zjawia napad ostry, zapada chory od czasu do czasu na lekkie podrażnienie ślepej kiszki, bez gorączki, bez wymiotów, przyspieszenia tętna, utrzymują się tylko bole i miejscowa wrażliwość na dotyk. Objawy te trwają zwykle 12—36 godzin, nagle jednak może się rozwinąć napad ostry. Utrudnia rozpoznanie nieprawidłowe ułożenie wyrostka; tylko objawy podrażnienia otrzewnej zwracają wtedy uwagę na wyrostek robaczkowy. Mowca zaleca wszystkie przypadki podrażnienia wyrostka oddawać w ręce chirurga. Jeżeli napad minie, to zabieg nie jest bezwzględnie wskazany, chociaż nieraz należy go polecać ze względów ochronnych (zapobiegawczych). Śmiertelność wynosi średnio u dzieci 40—50, u dorosłych 10—20%. Dotychczas zebrane statystyki nie dowodzą wcale dobrych wyników z leczenia wewnętrznego. Należy także rozważyć, że z objawów klinicznych nie możemy zupełnie wnosić o zmianach anatomicznych i nie możemy powiedzieć, czy dana zmiana anatomiczna wymaga zabiegu. Leukocytoza dowodzi tylko, że ustrój posiada pe-

wną odporność na zakażenie. Także i siły ochronne otrzewnej są osobniczo bardzo różne, nie dadzą się one z góry w każdym poszczególnym przypadku obliczyć.

Heubner podnosi trudności, na jakie napotyka rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci. Główny objaw, napięcie powłok, nie ma u dzieci żadnego znaczenia, bo dzieci zawsze przy obmacaniu brzucha napinają powłoki. W jednym przypadku rumienia gośćcowego nagle podniosła się gorączka i zjawiły się bole w okolicy ślepej kiszki. Tętno z 76 podskoczyło na 106. To przyspieszenie tętna kazało myśleć o zapaleniu wyrostka i dlatego zalecono niezwłoczny zabieg, który wykonano w 6 godzin po zjawieniu się pierwszych objawów. Znaleziono 11 cm^3 jałowego, mętnego wysięku w otrzewnej, wyrostek wolny, bez zrostów. Był to zatem ostry napad bez poprzedzającego zapalenia. Gojenie się przebiegało prawidłowo.

Orth zdaje sprawę z badań histologicznych, dokonanych na około 400 wyciętych wyrostkach przez swego poprzedniego asystenta Aschoffa. Dla uniknięcia błędów powinno się dokonywać badania co rychlej po wyjęciu wyrostka, aby zapobiedz łatwo później powstającym ubytkom w nabłonku. Budowa wyrostka jest bardzo różnorodna. Osobnicze wahania okazuje mnogość grudek limfatycznych. W ich otoczeniu spotykamy w warunkach prawidłowych naciek komórkowy, który trudno odróżnić od drobnokomórkowego nacieku zapalnego i dlatego trudno pociągnąć ścisłą granicę między prawidłowym, zasobniejszym w komórki naciekiem, a sprawą chorobową. W 9—10% przypadków badanie drobnowidowe stwierdzało stosunki prawidłowe, mimo, że w klinice rozpoznano zapalenie wyrostka. Przeważnie dało się stwierdzić przewlekłe zapalenie, które poprzedzało napad ostry, w innych jednak przypadkach badanie przemawiało za tem, że wyrostek, do ostatniej chwili zupełnie prawidłowy, nagle uległ zapaleniu. Często stwierdzano wybroczyny w błonie śluzowej wyrostka, należy je jednak po części odnosić do operacyi, bo znajdowano je i w zupełnie zdrowych wyrostkach, usuniętych przez zabieg. Często zmiany anatomiczne zupełnie nie odpowiadają objawom klinicznym. Bezwątpienia mogą i bardzo ciężkie zapalenia wyrostka wygoić się same. Mowca sądzi, że operacya niezawsze jest wskazana.

Israel nie może dać ogólnej odpowiedzi na pytanie, czy po przebytem zapaleniu wyrostka należy operować w przerwie wolnej od napadu, bo rozstrzyga tę rzecz w każdym przypadku z osobna wedle osobniczych stosunków. Najważniejszem w tym wypadku jest rozstrzygnięcie, czy napad pozostawił ślady, czy też minął bez pozostawienia zmian. Do resztek, pozostałych po napadzie, należą przypadłości, wychodzące z wyrostka robaczkowego, tkliwość na ucisk z wzdęciem lub bez niego, ze zgrubieniem lub bez zgrubienia wyrostka, naciek całej okolicy kątniczej i przetoki. W tych przypadkach, gdzie napad pozostawił po sobie ślady, mogą dolegliwości żołądkowojelitowe, które łatwo pomieniać z chorobami żołądka lub kamieniami nerkowymi, być usunięte tylko przy pomocy operacyi. W drugiej grupie przypadków wskazanie do operacyi zależy od czasu, jaki upłynął od napadu. Jeśli minęły trzy miesiące, a choremu dolegają jeszcze jakie przypadłości, należy zabieg polecić. W trzeciej grupie przypadków należy bardzo ostrożnie rozstrzygać o operacyi. Zrosty nadzwyczaj utrudniają zoryentowanie się w polu operacyjnem, łatwo wtedy skaleczyć jelito. Najlepiej wtedy poczekać. Z czasem wolnieją zrosty — a wtedy można pomyśleć o wyłączeniu części jelita przez enteroanastomozę. Jeśli zostały przetoki, to mogą one być wewnętrzne i zewnętrzne. Przy pierwszych nie ma się co spieszyć z operacyą, gdyż istnieje skłonność do samorodnego wygojenia się; przy zewnętrznych jest zabieg natychmiast wskazany: wygojenie bez usunięcia przyczyny choroby czyli bez wyłuszczenia kikuta wyrostka, podtrzymującego ropienie, nastąpić nie może. Jeśli po operacyi nic choremu nie dolega, to chodzi o operacyę ochronną przed możliwem niebezpieczeństwem. Nie możemy jednak na pewno przewidzieć, czy przyjdzie nawrót. W tej sprawie tyle można powiedzieć: 1) Jeżeli zapalenie przebiegało z ropieniem, to w przebiegu gojenia się wyrostek zarasta (*obliteratio*), a niebezpieczeństwo nawrotu jest małe. Zdarza się to ledwo w 5% przypadków. 2) Nieprawdopodobny jest nawrót po 2 latach po ostrym napadzie. 80% nawrotów wydarza się w pierwszym roku po napadzie, 90% w pierwszych 2 latach. W obu razach nie należy operować w przerwie wolnej od napadu.

Czy w innych przypadkach należy zasadniczo operować, czy należy czekać nawrotu, a czy wtedy należy dokonać operacyi wcześnie, już w pierwszych 48 godzinach? Nawroty są częste, wydarzają się w połowie przypadków. Nieprawdą jest, że nawroty są zawsze cięższe, niż pierwszy napad. Wedle statystyki wynosi śmiertelność po operacyach, wykonywanych w przerwach 0,5%, po operacyach wczesnych 2%. Widoki operacyi w przerwie nie są zatem o wiele lepsze od widoków operacyi wczesnych. Nadto chirurga rzadko wzywają do nawrotu tak wcześnie, by mógł operować już w pierwszych 48 godzinach. Im dłużej trwa choroba, tem rokowanie gorsze, tem korzystniejsze są stosunkowo widoki operacyi, wykonanej w przerwie, a przemawiają za nią i niektóre inne okoliczności: niedocenianie niebezpieczeństwa choroby przez publiczność, spóźnione wzywanie lekarza, trudności rozpoznania u dzieci, łatwość pomieniania sprawy u kobiet i dziewcząt z dolegliwościami miesiączkowemi i przedmiesiączkowemi, brak chirurgów w małych miasteczkach i na wsi, w podróży i t. d., ciąża albo spodziewana ciąża. Rokowanie wśród towarzyszącej ciąży jest bardzo niekorzystne. Za operacyą w przerwie mogą przemawiać i względy ekonomiczne: można ją wykonywać w czasie dla chorego dogodniejszym. Wreszcie w każdym przypadku, w którym chorego trapi ciągła obawa nawrotu, jest zabieg wskazany.

Operacya w przerwie (*Intervalloperation*) jest zatem niepotrzebna, jeśli od napadu minęły 2 lata, a nie było ropienia. Jest zaś bezwzględnie potrzebna tam, gdzie są zewnętrzne przetoki, albo przewlekłe dolegliwości, wychodzące z wyrostka, albo po kilkakrotnych nawrotach u dzieci i ciężarnych. Operacya jest względnie wskazaną przy przetokach wewnętrznych, przy tkliwości na ucisk w okolicy ślepej kiszki. Należy ją polecać tam, gdzie można się spodziewać ciąży, tam, gdzie wśród nawrotu możliwość wczesnej operacyi jest wątpliwą, u śledzienników, bojących się nawrotu i ze względów ekonomicznych.

Krause nie uważa operacyi w przerwie za zasadniczo potrzebną, jeśli nie ma dolegliwości, jeśli nie ma żadnych danych przedmiotowych, a miniona choroba była lekką. Operacya jest pilnie potrzebną, jeśli było ropienie. Operacyę w przerwie powinno się wykonywać szczególnie u tych ludzi, których zawód jest fizycznie ciężki, u podróżujących, którzy w chwili zapadnięcia mogą się znaleźć w wielkiej odległości od pomocy chirurgicznej. Zasadniczo powinno się wykonywać operacyę u zresztą zdrowych dzieci, gdyż u nich ciężkie nawroty należą do reguły. U ludzi starych należy postępować bardzo ostrożnie, nawet jeśli dolegliwości są małe, a równocześnie są inne zboczenia. Osoby zresztą zdrowe należy do operacyi nakłaniać, nawet jeśli nie mają żadnych dolegliwości. (Dok. nast.)

Doc. dr Ignacy Lemberger i doc. dr Stanisław Droba: **Komentarz do ósmego wydania farmakopei austryackiej.** Kraków 1906. Nakładem Gal. Tow. farmaceutycznego »Unitas«. Zeszyt 3, 4, 5, 6.

Dalszy ciąg tego bardzo pożytecznego dzieła, którego wydaniem towarzystwo »Unitas« rzeczywiście zasłużyło się zarówno kołom farmaceutycznym, jak i lekarzom urzędowym, wychodzi w ten sposób, że równocześnie z częścią pierwszą, ogólną, drukuje się druga, zawierająca szczegółowe objaśnienia w tym porządku, jaki zachowany jest w farmakopei.

W zeszycie III rozpoczęto druk części bakteryologicznej, która, ciągnąc się w zeszycie IV i V, objęła dotąd: morfologię i ogólny podział bakteryi, ogólny zarys biologii bakteryi łącznie z treściwem przedstawieniem współczesnych teoryi odporności, dalej rozdziały o mikroskopijnych grzybach i pierwotniakach, oraz początek szczegółowo i praktycznie opisanych metod badania.

Dotychczas wydane rozdziały części bakteryologicznej odznaczają się jasnem i ścisłem przedstawieniem rzeczy, umiejętnem dostosowaniem do przeznaczenia książki, uwzględnieniem najnowszych wyników badań i poglądów, przytem — pominąwszy drobne usterki[1]) — dobrym językiem. To też pragnąć należy, aby autor, rozszerzywszy i uzupełniwszy obecną pracę, wydał ją w przyszłości jako samoistny, całkowity podręcznik bakteryologii.

W zeszycie VI rozpoczęta druga część komentarza obejmuje w alfabetycznym porządku środki od *acetanilidum* do *axungia porci* z niezmiernie sumiennie opracowanemi objaśnieniami. *C.*

---

[1]) »rodzaji« zamiast »rodzajów«, »zezwala porównanie« zam. »na porównanie« lub »porównać«, »zapobiegać przed zakażeniem« zam. »zakażeniu« i t. p. *lapsus calami.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Prof. Borst M. **O istocie i przyczynach nowotworów.** *(Würzburg. Abhandl.* 1906 VI. 8/9). Przeglądając różne przemiany w życiu ustrojów, widzimy, że wiele z nich przebiega z obrzmieniem i powiększaniem się tkanek. Należą tu: przekrwienie, przesięk, wysięk, ziarnina, torbiele i t. d. Z innych wspomnieć należy o przeroście, obrzmieniach zapalnych i t. p. Przy odnawianiu tkanek wypełnia się ubytek tkanką nową. To wypełnienie może być fizyologiczne lub patologiczne i to patologiczne pierwotnie lub następowo. Takie patologiczne odnawianie się utraconych tkanek widzimy n. p. w ziarninach zbyt wybujałych, kostninach (*callus*) i nerwiakach poamputacyjnych. Nie są to jednak jeszcze nowotwory. Przerost narządów może też sprawiać wrażenie nowotworu. Przerosty zapalne przedstawiają często utkanie prawidłowe, lecz wzrost ich wskutek stanu zapalnego jest bardzo przyspieszony, np. w polipach śluzowych. Do grupy przejściowych tworów należą też tak zwane zakaźne ziarniniaki (*infect. Granulome*). Przypominają też one nowotwory choćby z tego powodu, że mają skłonność do rozpadu, tworzą rzekome przerzuty i podkopują ogólne odżywienie. Niektóre z nich leżą już nawet na pograniczu nowotworów, jak np. przymiotowe mięsaki i tak zwane złośliwe guzy limfatyczne (*malign. Lymphome*). Różnica jednak da się wykazać. Wspomniane schorzenia mają wybitną przyczynę zakaźną i są odczynem ustroju na zakażenie drobnoustrojami. Co do tworzenia przerzutów, to i tu różnica jest wybitną. W nowotworach przerzut polega na zawleczeniu cząstek tegoż w inne miejsce i guz rozwija się tylko z tychże, w zakaźnych zaś ziarniniakach przeniesionym zostaje tylko zarazek, a guz powstaje z tkanki otaczającej. Guzy nowotworowe, nawet łagodne, są zupełnie niezależne od ustroju, w którym żyją i dlatego też zapewne przy ogólnem wyniszczeniu i chudnięciu osobnika tłuszczaki n. p. nie znikają, choć reszta tkanki tłuszczowej ulega rozkładowi. Nowotwory i pod względem unaczynienia wykazują swą odrębność. O nerwach ich dotąd nic nie wiemy. Guzy łagodne (chrząstniaki, mięśniaki i t. d.) tworzą też czasem przerzuty drogą krwi lub limfy, co dowodzi ich wspólności ścisłej z guzami złośliwymi. Guzy nowotworowe są zwykle jednostajnej budowy, czasem tylko potworniaki mają budowę złożoną, imitującą całe tkanki lub narządy. Nowotwory mają też swoją zupełnie odrębną przemianę materyi. Wydzieliny ich szkodzą ustrojowi, a rzadko wytwarzają fizyologiczne soki lub wytwory np. kolloid, żółć, śluz, tkankę rogowatą, chrząstkową, kostną lub i krwinki (śródbłoniaki). Produkta te nie mogą dla ustroju nic zdziałać, albowiem brakuje nowotworom przewodów odprowadzających. Czasem nowotwór, rozwijający się w pewnym ustroju, może ustrojowi o tyle pomódz, że znosi i ubezwładnia inną chorobę, w danem miejscu już istniejącą. Widzimy to n. p. w znikaniu cukrzycy przy raku trzustki, znikaniu choroby Addissona przy raku nadnercza i t. p. Nowotwory nie mają też innych fizyologicznych zdolności, właściwych tkankom prawidłowym, nie mogą np. tworzyć ziarniny i pokrywać się nabłonkiem, a rzadko tylko widywano w nich inne czynności, jak pochłanianie barwika, ciał obcych, drobnoustrojów, krwinek białych itd. Niektóre z nowotworów zachowują pozornie i czynność fizyologiczną, np. naczyniaki, włókniako-gruczolaki sutka itd. Do niedawna nowotwór uważano jako taki za pasorzyta ustroju, lub twór powstały ze złych soków ustroju.

Przechodząc do przyczyn powstawania nowotworów, zajmuje się autor przedewszystkiem sprawą urazowego ich powstawania. Jednorazowy uraz, jako przyczyna powstania nowotworu, da się czasem wykazać, ale jedynie tylko co do mięsaka, co do raka zaś nikt o tem dotąd nie wspomniał. Natomiast przewlekłe urazy i drażnienie tkanek wywołują zdaje się czasem nowotwory rakowe. Naprzykład przytacza autor mięsaki kości złamanych, tłuszczaki, włókniaki po uderzeniach, raka i mięsaka w jądrze zatrzymanem w kanale pachwinowym, raka członka przy stulejce, raka języka i policzka po odleżynach zębowych, raki sutka od ucisku gorsetu, raki woreczka żółciowego, nerek, pęcherza moczowego wskutek kamieni, raki ujść przewodu pokarmowego i miejsc węższych przejściowych (przełyk, wpust, odźwiernik, jelito ślepe, kiszka odchodowa). Znane są też raki jako choroby zawodowe: raki robotników w fabrykach parafiny, teru i u kominiarzy, dalej raki pęcherza i nerek u robotników w fabrykach aniliny, raki płuc u robotników w fabrykach wyrobów metalowych, tkalniach i fabrykach cygar. Należą tu też raki powstałe na tle przewlekłych wyprysków (Paget, Darier), wrzodów, (żołądek, goleń), przetok, blizn, nieżytów i zapalnych przerostów (łuszczyca, polipy itd). Wolf opisał przypadek niezwykle usadowionego raka przełyku, powstałego z ucisku przez schorzałe kręgi (*spondylitis deformans*). Podobnie u zwierząt spostrzegano nowotwory wskutek przewlekłego drażnienia (konie, psy, karpie, liny, rumienice itd.). W ostatnich czasach nieraz widziano raki po naświetlaniu promieniami rentgenowskimi. Cała ta sprawa powstawania urazowego nowotworów jest jednak wątpliwą i wiele rzeczy bierze się tu za przyczynę zamiast za skutek. Nadto zostaje do rozstrzygnięcia pytanie, dlaczego tylko w małej liczbie te urazy wywołują nowotwory, w większej liczbie zaś nie. Hansemann tłómaczy to sobie nietypowem dzieleniem się jąder komórek, Beneke zmianą życia wewnętrznego komórek, Marchand zmianą fizyologicznej równowagi i nagromadzeniem trujących substancyi, Rössle kładzie nacisk na nierównomierne starzenie się komórek ustroju, Ribbert zwraca główną uwagę na zmiany tkanki łącznej i stosunek jej do nabłonka. Wszystko to tylko jednak przypuszczenia, nie tłómaczące niczego zupełnie. Teorye pasorzytnicze nowotworów także silnych podstaw nie mają. Doyen znajdował w nowotworach mikroby, inni same komórki nowotworu uważali nawet za pasorzyty (Adamkiewicz, Pfeiffer, Korodneff). Obecnie szuka się przyczyny nowotworów między pierwotniakami Kelling stwarza swą fantastyczną hypotezę, uważając komórki nowotworowe za twory, pochodzące z niższych lub i wyższych zwierząt. Przeszczepienie guzów nie dowodzi zupełnie ich zaraźliwości, raka np. wtedy moglibyśmy uważać za zaraźliwy, gdybyśmy mogli wywołać go sztucznie materyałem, niezawierającym żywych komórek nowotworowych. Przenieść nowotwór z człowieka na zwierzę bardzo trudno, najłatwiej z jednego zwierzęcia na drugie (tego samego gatunku). W najnowszych czasach Loeb, Apolant i Ehrlich mieli obserwować przemianę zaszczepionego mięsaka w raka i naodwrót raka w mięsaka. Byłoby to bardzo ważną rzeczą w nauce o nowotworach. Za zakaźną naturą nowotworu nic nie przemawia. Liczne nowotwory na miejscach odpowiadających sobie, dowodzą tylko przeszczepienia, a rzadkie zresztą schorzenia *cancer à deux* są rzeczą przypadku. Szuka się także zaraźliwości raka przy pomocy statystyki (przyrost ciągły chorych, endemie rakowe, łączność występowania raka z położeniem rzek i dopływów). Przyrost chorych rakowych jest pozorny, a mały procent (1—22) odnieść należy do tego, że wskutek zmniejszonej śmiertelności na choroby zakaźne więcej ludzi obecnie dosięga późniejszego wieku. Łączność występowania raka z położeniem wód odnosi Feinberg do tego, że według niego pasorzyt raka potrzebuje do rozwoju swego pośrednika (*Zwischenwirt*), a ten żyje we wodzie. Podobnego zdania jest i Czerny. Ten jednak przyjmuje większą ilość rodzajów pasorzytów. Endemie nowotworowe obserwowano często u zwierząt. Loeb i Hanau widzieli je na sromie białych szczurów jako raki i jako mięsaki w gruczole tarczowym. Borel wspomina o endemii raka u myszy w pewnej klatce, i o endemii raka na mięsku oka u wołów. Endemicznie występujące raki charakteryzuje: ścisłe umiejscowienie w jednem i temsamem miejscu, ta sama budowa i występowanie u zupełnie podobnych zwierząt (np. tejsamej maści, Voges). Gdyby rzeczywiście nowotwory występowały na tle zakaźnem, trzebaby przyjąć logicznie tyle zarazków, ile jest rodzajów nowotworów, niechcąc znów szukać nowych »dlaczego«? Jak tłómaczyć jednak przytem dziedziczność nowotworów, występowanie w pewnym wieku życia, łączność z przewlekłemi zapaleniami, występowanie przerzutów itd.? Beneke sądzi, że zarazki raz tylko nachodzą ustrój, a podrażnienie to powoduje już dalej jałowy samoistny wzrost guza. Dziedziczność nowotworów występuje w kilku formach: 1) ten sam guz występuje w tem samem miejscu i u potomków; 2) guz jest innej budowy, lecz w tym samym narządzie zjawia się u potomka co i u rodzica; 3) istnieje zupełna rozmaitość co do formy i usadowienia guzów. Guzy występują albo tylko w linii męskiej, albo w żeńskiej lub mieszanie. Według wielu dziedziczy się »skłonność« do występowania nowotworów, co ona jednak znaczy, nie wiemy. Skłonność ta powoduje np. występowanie nowotworów w systemie pewnych narządów np. w narządach symetrycznych, w nerwach i t. d. Nowotwory dziedziczne nie rzadko rozwijają się w życiu płodowem. Dziedzicznemi są też pewne zboczenia ustroju i nierzadko w nich właśnie usadawiają się nowotwory np. mięsaki w plamach wrodzonych, nerkach torbielowatych, rozszczepach kręgosłupa itd. Takie nowotwory usadawiają się często w resztach szpar skrzelowych, w dodatkowych nadnerczach. W innych dodatkowych zaś narządach nowotwory należą znów do wielkiej rzadkości, np. w dodatkowych śledzionach, gruczole tarczowym, trzustce, mięśniach prążkowanych i chrząstkach. Tkanki, przeniesione w ustroju ze swego miejsca w inne, nie ulegają zmianom nowotworowym, lecz zwykle zanikają. Często też całe grupy komórek łożyska

dostają się drogą krwi do płuc i nie powodują nowotworu, a innym razem znów wytwarza się guz złośliwy. Rindfleisch obwiniał w rozwijaniu się nowotworów wpływy nerwowe, a nawet starano się po przecięciu nerwów wywoływać guzy złośliwe. Autor przyjmuje dla powstawania nowotworów pierwotną ku temu skłonność samych komórek ustroju. Inne przyczyny uważa za uboczne, usposabiające lub budzące nowotwór do życia. Często w komórkach nowotworu spotyka się atypowe dzielenie się jąder, skąpszą ilość chromosomów. Podobne dzielenie się jąder osiągnąć można działaniem niektórych czynników (n. p. eteru) na komórki. Według autora wszystkie nowotwory są wrodzone, i to jedne dziedzicznie, inne zaś nabywa się w czasie rozwoju płodowego. Różne zmiany w komórkach tłómaczą różne rodzaje nowotworów. U roślin i najniższych zwierząt spotykamy ogromną zdolność regeneracyi. Z pojedynczych części ich tworzyć się mogą całe ustroje. Im zwierzę wyższe, tem zdolność regeneracyi jest mniejszą i tem częściej występują też tam nowotwory. *Klęsk.*

Schultze. **Czy może drogą przewodu pokarmowego powstać pylica w płucach?** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 35). Autor sądzi, że wywody autorów francuskich (Vansteenberghe i Grysez), jakoby pylica płuc powstawać miała nie przez wdychiwanie pyłu węglowego, ale przez zaniesienie go z przewodu pokarmowego drogą krwi do płuc, nie wytrzymują krytyki. Pył lub tusz chiński, wstrzykiwany zwierzętom do jamy otrzewnej, znajdował wprawdzie autor w płucach, ale równocześnie obficiej nawet w wątrobie i śledzionie. Przy karmieniu zwierząt pokarmami, zawierającymi cząstki tuszu, węgla lub cynobru, znajdowano wprawdzie owe ciała jedynie w płucach, inne narządy ich nie zawierały, autor jednak tłómaczy to aspiracyą w czasie karmienia; u zwierzęcia bowiem, któremu wprowadzano owe ciała wprost do żołądka przez przetokę żołądkową, płuca ciał tych wcale nie zawierały. Sprawa ta ma wielką wagę nietylko ze względu na powstawanie pylicy, ale ze względu na analogię z powstawaniem gruźlicy płucnej. Autor przestrzega, aby bezkrytycznie nie wysnuwać wniosków z doświadczeń Calmettea, który, wprowadzając przez zgłębnik do żołądka kozy prątki gruźlicze, znajdował następnie jedynie w płucach gruźlicze zmiany. Nawet używanie zgłębnika żołądkowego nie wyłącza zdaniem S. możliwości aspiracyi. *Dr M. Godlewski.*

PEDYATRYA. Kephallinós. **O objawie Westphala w przebiegu dławcowego zapalenia płuc u dzieci.** (*Münch. medizinische Woch.* Nr 30). Autor uważa na podstawie swych spostrzeżeń objaw Westphala za ważny objaw rozpoznawczy, towarzyszący już od samego początku tej chorobie. *L.*

Brandenberg: **O ostrej białaczce u dzieci.** (*Corresp. Bl. f. schweizer Ärzte* 1906, Nr. 8). W 3 przypadkach, w których z początku rozpoznawano plamicę Werlhoffa z gwałtownym przebiegiem, stwierdziło dokładne badanie i krytyczny rozbiór — białaczkę ostrą. Podobnież przypadek Osswalda ze szpitala kantonalnego w Winterthur rozpoznawano za życia jako plamicę, a dopiero sekcya wykryła białaczkę. Podobieństwo objawów łatwo wiedzie do pomyłek, od których może uchronić tylko dokładne badanie krwi za życia. Wogóle nie należy nigdy zaniedbywać badania krwi, jeżeli są wybroczyny na skórze i błonach śluzowych; wtedy wiele przypadków można będzie wszędzie rozpoznać jako ostrą białaczkę, a nieuniknione przy niej zejście śmiertelne mniej zaskoczy lekarza i rodzinę, bo z góry napewno będzie można źle rokować. *Dr Marceli Lauterbach* (Wiedeń).

Comby: **Gorączka histeryczna u dziecka.** (*Arch. de Méd. des Enf.* 1906, VI). Autor opisuje ciekawe spostrzeżenie u dziewczynki 13 letniej, u której przed 3 laty przypuszczano z powodu bolów (prawdopodobnie niesłusznie) zapalenie gruźlicze otrzewnej, a u której pojawiały się przeszło przez miesiąc wzniesienia gorączkowe, dochodzące do 42—44, a nawet 45°, przerywane spadkami do ciepłoty prawidłowej. Równocześnie występowały drgania w przedramionach, podobne do wstrząśnień elektrycznych. Stan ogólny był bardzo dobry, chora nie utraciła humoru, ani siły i mogła odbywać przechadzki 10-kilometrowe. Przypadek skończył się wyzdrowieniem. Autor przytacza podobne przypadki z piśmiennictwa i kończy wnioskiem, że lekarz, który stwierdzi ciepłotę 44—45°, nie powinien się tym objawem przerażać, jeżeli tylko objaw ten jest odosobniony, jeżeli nie ma żadnych zmian w narządach, żadnych cięższych zboczeń ogólnych, jeżeli chory jest wesoły. Podejrzenie powinno się w takich razach zwrócić w kierunku histeryi, należy szukać znamion histerycznych, wyłączyć inne sprawy, a leczniczo zastosować poddawanie i zawijania wilgotne. *Lewkowicz.*

Acuna. **Białaczka ostra u dzieci.** (*Arch. de Méd. des Enf.* 1906. VI). Autor podaje opis trzech spostrzeganych przez siebie przypadków. Wszystkie miały przebieg podobny do przebiegu ostrej choroby zakaźnej: początek nagły, rozwój szybki, bardzo wysoka gorączka, znaczna niedokrwistość, ogniska zgorzelinowe, obfite krwotoki ze skóry i błon śluzowych (nos, jama ustna), powiększenie się narządów chłonnych i krwiotwórczych (gruczoły, śledziona). Zejście zawsze było śmiertelne, etyologia nieznana. Badanie hematologiczne nie stwierdza w niektórych przypadkach (na początku choroby) znaczniejszego wzrostu ilości krwinek białych i dopiero później ilość ta szybko się wzmaga. W innych przeciwnie razach ilość ta, wysoka na początku, w dalszym przebiegu opada. *Lewkowicz.*

Thomesco i Graçoski: **Zapalenie mięśnia sercowego, naśladujące zbiór objawów Hutinela.** (*Arch. de Méd. des Enf.* 1906, V). U chłopca 8-letniego, który miał przebyć jakąś chorobę zakaźną (dur brzuszny), rozwijają się stopniowo różne dolegliwości: bole głowy, zawroty, potem duszność, która zmusza chorego położyć się do łóżka, powiększenie brzucha, obrzęki kończyn dolnych, bole w podżebrzu prawem. Badanie stwierdza znaczne powiększenie i bolesność wątroby. Uderzenie końca serca nie jest macalne. Rozpoznanie kliniczne brzmi: zrost osierdzia na tle zapalenia gruźliczego. Sekcya wykrywa jako przyczynę zapalenie mięśnia sercowego. *Lewkowicz.*

Terrien: **Słodowanie polewek w żywieniu małych dzieci, cierpiących na niestrawność.** (*Archiv. de Méd. des Enf.* 1906, V). Autor starał się przez ścisłe badanie i doświadczenie docieć, od czego zależą dobre lub złe wyniki przy stosowaniu polewek słodowych. Znajdujemy na nie w piśmiennictwie wiele przepisów, wszystkie jednak są nieścisłe. Według autora chodzi o to, żeby skrobia pod wpływem dyastazy słodu uległa tylko rozpuszczeniu, żeby zaś nie doprowadzić do przeprowadzenia jej w cukry (dekstryny, maltoza); osiąga się to najlepiej przy słodowaniu w ciepłocie 80°. Najlepiej używać jako dyastazy naparów ze słodu, sporządzonych przy 55—60°. Skrobi, najlepszej mączki ryżowej, bierze się na litr polewki 70—80 gr., rozgotowuje się ją dokładnie na klajster, poddaje działaniu dyastazy przy 80°, dodaje mleka $^1/_8$ części, cukru 50 gramów. Wartość kaloryjna wynosi 761, równa się zatem wartości mleka. *Lewkowicz.*

Pater: **Żywienie bezchlorowe w płonicy.** (*Revue des mal. de l'enf.* 1906, IV). Żywienie to składa się z chleba bez soli, papki z ziemniaków, ryżu na mleku, legumin, jaj, wszystkiego w przyprawie na maśle, mleku lub cukrze bez dodatku soli, z konfitur na deser i około $^1/_2$ litra mleka. Autor stosując się do doświadczeń Widala i jego uczniów w zapaleniach nerek i różnych obrzękach i spostrzeżeń Doptera w płonicy, stosował tę dyetę w 9 przypadkach płonicy, mianowicie natychmiast, jak tylko spadła gorączka. Ilość pokarmu stosuje się do łaknienia. Skutek leczenia śledzono conajmniej przez 30 dni, 6 innych przypadków służyło do porównania. Okazało się, że w żadnym przypadku nie pojawił się białkomocz, zatem żywienie to chroni równie dobrze od zapalenia nerek, jak dyeta mleczna ścisła. Korzyści zaś są następujące: Pożywienie jest przyjemniejsze dla chorego, ale, co ważniejsza, wywołuje podnoszenie się ciężaru ciała zaraz po rozpoczęciu tej dyety tak, że chory wchodzi w okres ozdrawiania, wyrównuje swe utraty, podnosi odporność względem zakażeń wtórorzędnych zaraz po ukończeniu się okresu gorączkowego. *Lewkowicz.*

Fischl: **Wymioty acetonemiczne i histerya dziecięca.** (*Revue des mal. de l'enf.* 1906, VII). Istota wymiotów, występujących u dzieci w napadach, połączanych z wybitną acetonemią i acetonuryą, nie jest dotychczas wyjaśnioną. Autor oświadcza się za zapatrywaniem Hutinela, że chodzi tu, przynajmniej w pewnych przypadkach, o objaw historyi dziecięcych. Napad wymiotów ma wszystkie cechy napadu histerycznego, przedewszystkiem zaś daje się przerwać zapomocą poddawania, jak tego dowodzi trzeci przypadek autora. Autor zapowiedział dziecku, że musi wyjąć kłaczek z gardła, aby wymioty ustały: wykonał zabieg tamponem z waty z pewną brutalnością i wymioty rzeczywiście natychmiast ustały, a dziecko wkrótce zasnęło. *Lewkowicz.*

Marfan. **Ropienia stawowe i pozastawowe we wrzekomem porażeniu noworodków kiłowych.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* 1906, V). Na podstawie wyników badań w swoim przypadku i wyniku leczenia, dochodzi autor do wniosku, że wymienione ropienia nie koniecznie muszą być wynikiem zakażenia mieszanego i mogą zależeć od sprawy kiłowej niepowikłanej. *Lewkowicz.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Bruck K. **O swoistych substancyach ochronnych w wiewiórze.** (*Deut. med. Wochs.* 1906, Nr 34). W b. r. ogłosili Müller i Oppenheim pracę, w której wskazali na istnienie swoistego niwecznika przeciw wiewiórowi w surowicy chorego na wiewiórowe zapalenie stawu. Autor badał różne przypadki wiewióra miejscowego i ogólnego

właśnie kierunku i przyszedł do wniosku, że w niepowikłanych przypadkach wiewióra nie można wykryć ciał ochronnych. Stwierdza dalej, że niweczniki, istniejące w surowicy chorych zakażonych wiewiórem i powstające w surowicy zwierząt, uodpornianych dwoinkami wiewiórowemi, są amboceptorami. Jeżeli do uodpornienia używa się wodnych wyciągów dwoinek, to nie można znaleść aglutynin, a otrzymuje się surowicę o wysokiej zawartości amboceptorów. Jeżeli zaś uodpornia się króliki żywemi hodowlami dwoinek, uzyskuje się surowicę, mającą silne własności aglutynujące, ale mało amboceptorów. Z tego wynika, że powstawanie aglutynin dwoinek wiewiórowych nie zależy od tworzenia się w surowicy amboceptorów. Dlatego stosowanie tych surowic, szczególnie z większych zwierząt, dla celów leczniczych musi budzić wielkie zajęcie.
Krzyształowicz.

Prof. Greeff i Clausen. **O krętku bladym w doświadczalnie wywołanem zapaleniu miąższowem rogówki.** (*Deut. med. Wochft.* 1906, Nr 36). Autorowie szczepili materyał kiłowy w oczy królikom i małpom. Po kilku tygodniach spostrzegali na brzegu rogówki w głębi zmętnienie podobne, jak w zapaleniu rogówki, które znacznie się rozszerzało. W przypadkach daleko posuniętych nie znaleziono krętków, ani w wydzielinie, ani w skrawkach. W przypadkach początkowych zaś stwierdzono je w skrawkach wyłuszczonego oka przy pomocy metody Levaditiego. G. i C. zaznaczają jednak, że dla wykrycia krętków trzeba robić skrawki równoległe do powierzchni (Flächenschnitte), gdyż krętki leżą w przestworach chłonnych między blaszkami rogówki i dlatego nie widać ich na przekrojach poprzecznych. Autorowie twierdzą zatem, że krętki rozwijają się w rogówce, a giną wtedy, gdy pojawiają się ciałka wysiękowe, które toczą z nimi walkę; dlatego w największej ilości znajdują się krętki w rogówce jeszcze przezroczystej, chociaż niezupełnie prawidłowej.
Krzyształowicz.

Schulze W. **Krętki, powstałe przez napojenie tkanki przetworem srebra (Silberspirochaete).** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 37). W ostatnich czasach stwierdzano w tkankach kiłowych obecność krętków zapomocą metody impregnacyjnej srebrem (Levaditi, Bertarelli). Autor, nie przekonany o istnieniu krętków podawanymi obrazami, próbował, czy i w tkankach prawidłowych nie uzyska się podobnych obrazów. W tym celu poddawał działaniu przetworów srebrowych wedle przepisu Cajal-Levaditiego nadnercze i trzustkę królika i na mocy swoich preparatów stwierdza, że obok czarnych smug tkanki łącznej występują w tych narządach po takiem postępowaniu i drobne włókienka, świderkowato zwinięte, bardzo podobne do krętków. Następnie powtórzył S. doświadczenie Bertarellego, który opisuje bardzo wielkie ilości krętków w rogówce królika po przeszczepieniu miazgi z wrzodu pierwotnego. W tym celu szczepił autor w rogówkę i komorę przednią oka nieco kurzu ulicznego i wywoływał przez to zapalenie ropne (*hypopyonkeratitis*), które po trzech tygodniach znacznie się zmniejszało. W wyjętych w tym czasie oczach znalazł autor około wrzodów rogówki bardzo wielką ilość krętków różnej długości, niektóre o 100 skrętach. (Bertarelli wspomina o 80 skrętach). Autor nie wypowiada stanowczego sądu o znaczeniu tego rodzaju tworów, ale wyłączając pasorzyty, przypuszcza, że kręte linie mogą oznaczać włókna nerwowe, albo granice blaszek rogówki, albo granice komórek. Doświadczenia te stara się S. wyzyskać przeciw Schaudinnowi, twierdząc, że, skoro stwierdzane dotychczas w tkankach krętki są tylko rzekomymi, znaczenie ich etyologiczne upada; natomiast autor przypisuje znaczenie etyologiczne znajdowanym przez siebie zawsze tworom Siegla.
Krzyształowicz.

Friedenthal H. **O znalezieniu krętków w raku i kile.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 37). Autor zwraca się ze zjadliwą krytyką przeciw pracy Schaudinna o krętku bladym, podnosząc, że krętek miał inaczej wyglądać w pierwszej, niż w drugiej pracy odkrywcy. W dalszym ciągu krytykuje metodę srebrzenia, używaną przez Levaditiego i podaje rysunki tkanki rakowej, w której znajdują się osady rtęci w postaci krętków. Nie podaje jednak F. sposobu, w jaki osad ten powstał.
Krzyształowicz.

CHIRURGIA. Cohn. **Przypadek zwężenia tchawicy i nagłej śmierci wskutek obrzmienia grasicy.** (*Deut. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Wielu zaprzecza, by grasica mogła tak uciskać tchawicę, by ją zwężić lub nawet wywołać uduszenie. Autor opisuje przypadek nagłej śmierci dziecka, u którego przedtem spostrzegał kilka napadów duszności, gorączkę i rytmiczne dobywanie się nad mostkiem grasicy. Na zabieg rodzice zgodzić się nie chcieli. Przy sekcyi znaleziono duży rozpień grasicy i zrosty z osierdziem.
Klęsk.

Reunert. **Śmierć z uduszenia przez oddzielony gruczoł oskrzelowy.** (*Deutsch. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Dziecko zupełnie przedtem zdrowe zapadło na nieżyt jelit. Potem lekarz stwierdził obrzmienie gruczołów szyjnych. Pewnego wieczora dziecko nagle zerwało się z łóżka i zaraz potem padło nieżywe. Sekcya wykryła przebicie gruczołu zserowaciałego do prawego oskrzela blizko rozgałęzienia i zatkanie tchawicy masami serowatemi. Przebicia takie nie należą do rzadkości. Najczęściej następują one do prawego oskrzela. Gruczoły zwykle są zmienione pylicowo, rzadziej gruźliczo.
Klęsk.

Heineke i Läwen. **Doświadczenia nad znieczulaniem lędźwiowem stowainą i nowokainą ze szczególnem uwzględnieniem objawów ubocznych i następowych.** (*Beitr. zur. klin. Chir.* T. 50. Z. 2). W jednej z poprzednich prac oświadczyli się autorowie za stosowaniem nowokainy do znieczulenia lędźwiowego. Obecnie jednak zmienili swe zdanie, albowiem doświadczenie nauczyło ich, że nowokaina ma silne uboczne działanie, a zwłaszcza wywołuje o wiele silniejsze bole głowy, niż stowaina. Objawy uboczne występują przy obu środkach prawie w połowie przypadków. W klinice lipskiej nie wypuszcza się płynu mózgowo-rdzeniowego (bo autorowie nie zauważyli żadnej szczególnej korzyści przy wypuszczaniu). Nie stosuje się również i ułożenia chorych miednicą do góry, albowiem uspasabia ono do występowania objawów ubocznych. Ułożenie to stosuje się tylko wtedy, gdy znieczulenie nie sięga dostatecznie wysoko. Nowokaina wywołuje często zwolnienie czynności serca. Zapady zdarzają się przy obu środkach jednakowo często. Nigdy nie należy wyjaławiać przetworów nadnercza wspólnie ze środkami znieczulającymi, gdyż rozkładają się i wywołują czasem groźne następstwa.
Klęsk.

Läwen. **Porównawcze doświadczalne badania miejscowego działania nowych środków znieczulających na ruchowe pnie nerwowe.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 50. Z. 2). Badania swe przeprowadzał autor ze stowainą, nowokainą i alypiną na nerwach kulszowych żab i doszedł do następujących wyników: Środki te zmniejszają pobudliwość nerwu kulszowego żaby mniej więcej w tym samym stopniu o 40%, natomiast przy kokainie następuje obniżenie pobudliwości o 32%. Najwcześniej ustępuje zatrucie z nerwu przy nowokainie (w 3 godziny), przy alypinie w 6 godzin, przy stowainie zaś czasem pobudliwość nie wraca już w pełnym stopniu, co należy może odnieść do kwaśnego jej oddziaływania i niszczenia przez to substancyi nerwowej. Stowainy więc trzeba używać ostrożnie.
Klęsk.

Mühsam. **Porażenia mięśni ocznych po znieczuleniu lędźwiowem.** (*Deutsch. med. Wochs.* Nr 35, 1905). Porażenia mięśni ocznych w następstwie znieczulenia lędźwiowego zaczynają obecnie coraz więcej zajmować lekarzy. Autor (okulista) spostrzegał 2 przypadki na oddziale chirurgicznym Sonnenburga. W jednym, po operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego, wykonanej w nowokainie (0,15) z adrenaliną, wystąpiło porażenie nerwu odwodzącego 10. dnia po silnych bolach głowy. W drugim (operacya kamicy żółciowej i zapalenie wyrostka robaczkowego w stowainie 0,08) 4. dnia. Porażenia te występują stale dopiero w pewien czas po operacyi, ale w czasie, gdy chorzy jeszcze leżą w łóżku. Porażenia te przypominają porażenie akkomodacyi po błonicy i pochodzą zapewne z trującego działania środków znieczulających.
Klęsk

Lang. **Porażenia po znieczuleniu lędźwiowem nowokainą i stowainą.** (*Deutsch. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Do powiększającej się ciągle statystyki porażeń po znieczuleniu lędźwiowem dodaje autor jeszcze nowe przypadki: Porażenie obustronne nerwu odwodzącego (nowokaina 0,15) po operacyi uwięźniętej przepukliny udowej i porażenie lewostronne tegoż nerwu (nowokaina 0,15) po operacyi przepukliny pachwinowej wolnej. Porażenia rozpoczęły się w 11 dni po operacyi niedowładem; obecnie stan się poprawia, ale niedowład jeszcze istnieje. Autor utrzymuje, że porażenia te są bezwarunkowo natury toksycznej, a w nerwach ocznych zdarzają się najczęściej dlatego, że najłatwiej rzucają się w oczy. Jednak i inne nerwy mogą uledz takiemu porażeniu i tak Dr Sänger powiadomił ustnie autora o podobnem porażeniu nerwu strzałkowego po znieczuleniu lędźwiowem, a w szpitalu znajduje się jeszcze chory z niedowładem kończyn z tegoż powodu. Sam środek znieczulający, jako taki, nie ma wpływu; porażenia występują tak po stowainie, jak i po nowokainie.
Klęsk.

Prof. Allen Staro. **Obecny stan chirurgii mózgu.** (*Wien. klin.-therap. Wochs.* Nr 36, 1906). Praca to z tego względu godna uwagi, że pisze ją neurolog, a nie chirurg, i że uwzględnia prawie jedynie spostrzeżenia autorów i klinik amerykańskich. W pierszym rzędzie omawia autor sprawę operacyi padaczki. Do operacyi według autora nadają się jedynie przypadki, w których bywają wybitne zwiastuny (*aura*) napadu lub przypadki urazowego pochodzenia, a stanowi to zaledwo 2% wszystkich przypadków padaczki, a z tych jeszcze zaledwie w 20% osiąga się wyleczenie. Zwykle po operacyi wyniku dodatniego nie ma, co najwyżej poprawa, a potem znowu nawroty. Otwieranie czaszki z powodu ropni święci za to

tryumfy, bo według statystyki, zebranej przez autora (500 przypadków) zapewnia ono 60% wyleczeń. Objawy ropnia są zwykle dość typowe: bóle głowy, zawroty, wymioty, zwolnienie tętna, zmiany psychiczne, zwolniony tok myśli, podrażnienie, tkliwość głowy, nierówne źrenice, nieraz tarcza zastoinowa. Przy zapaleniu opon przytem ciałka ropne w płynie mózgowo-rdzeniowym, niekiedy i drobnoustroje, a w końcu silnie powiększenie się ilości ciałek białych (silniejsze, niż przy ropniu ograniczonym). Nowotwory mózgu rozpoznajemy po bolach głowy, wymiotach, nasilających się po przebudzeniu, i tarczy zastoinowej, braku równowagi ciała i t. d. Około 10% nowotworów mózgu nadaje się do operacyi, a z tego w 5% można liczyć na pomyślny wynik. Często jednak mimo nieznalezienia nowotworu przez samo otwarcie czaszki osiągnąć można choć chwilową poprawę. Objawy niejasne, nie umiejscowione, nie wróżą pomyślnego wyniku operacyi. Zachodzi pytanie, czy należy i można operować przy udarze mózgowym. Harvey Cushing radzi postępować tak: gdy ciśnienie krwi, mierzone przyrządem Riva-Rocciego, dosięga 250 mm, tętno 50 uderzeń, należy przypuszczać, że chory sam do zdrowia nie wróci i należy operować. Cushing twierdzi, że dążyć trzeba wprost ku sferze ruchowej, często naciąć mózg i skrzep ze środka wydobyć. Choć czasem skrzepu ani krwotoku się nie znajdzie, to i tak dobroczynny wpływ operacyi nie da się zaprzeczyć. Tenże autor radzi też operować noworodki, zrodzone w okresie zamartwiczym. Zwykle sposoby cucenia tu nie pomagają, bo przyczyną choroby jest krwotok śródczaszkowy. Należy więc nożyczkami otworzyć czaszkę w linii szwu kostnego, a skrzep nieraz się znajdzie i dziecko uratować można. Często krwotok (żylny) powstaje zwolna, a nakłucie lędźwiowe stwierdza płyn krwawo zabarwiony. W takich przypadkach objawem znamiennym jest zwolna występujące porażenie (3—4 dni). Należy wtedy operować, a wyniki są wcale niezłe, jak świadczy o tem doświadczenie Mac Burneya. Co do operacyi przy chorobach umysłowych wrodzonych i nabytych, to dotychczasowe próby nic pewnego ani zachęcającego nie dały, to też autor nie radzi w tych przypadkach próbować operacyi.

Klęsk.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. E. Pollak. **O nakłuciu lędźwiowem przy drgawkach porodowych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 31). Nawiązując do pracy, jaką Thies w tej sprawie ogłosił (patrz spr. w *Przegl. Lek.* 1906, Nr 30), a w której dochodzi do wniosku, iż tylko w pewnej części przypadków rzucawki spostrzedz można wpływ korzystny nakłucia lędźwiowego, podaje P. do wiadomości wyniki żmudnych badań histologicznych ośrodkowego układu nerwowego dziesięciu osób zmarłych z powodu drgawek porodowych. Badania te stwierdziły wyraźne zmiany w komórkach nerwowych jako następstwo wzmożonego ciśnienia, zmiany różnych odcieni, od najlżejszych do najcięższych, tłómaczące aż nadto bezsilność zabiegów leczniczych w wielu przypadkach. Zły wpływ nakłucia lędźwiowego, spostrzegany niekiedy przez T., tłómaczy P. w ten sposób, że raczej w tych przypadkach sięgały zmiany w układzie ośrodkowym takiego stopnia, iż żadne leczenie, a więc i nakłucie, nie mogło już wywołać poprawy. Badanie ośrodków mimicznych (*nn. oculomotorius*, *trochlearis*, *abducens*, *facialis*, *trigeminus*, *hypoglossus*) stwierdziło, jak się spodziewać należało, bardzo poważne zmiany, podobnie badanie ośrodków oddechowych.

B. Wojciechowski.

H. Palm. **W sprawie operacyi Alexandra Adamsa.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 31). Z artykułu Freunda (patrz spr. w *Przegl. Lek.* 1906. Nr. 26) zdawałoby się wynikać, że nad operacyą tą zaczyna się przychodzić do porządku dziennego. Tymczasem tak nie jest. Wielu wybitnych ginekologów zalicza się dotąd do stanowczych jej zwolenników, a to, że się mniej o niej dzisiaj pisze, dowodzi tylko, iż nabyła prawo obywatelstwa. Także P. jest zdania, wypowiedzianego przez F., że o wartości metody sądzić należy z liczby nawrotów po porodach. Z tego punktu widzenia musi właśnie P. przyznać jej wielkie zalety, gdyż widywał brak nawrotu po 4—8 porodach. Niezadowalniające wyniki pewnych operatorów pozostają bezsprzecznie w związku z niezupełnie poprawną techniką, z powodu czego zwraca P. uwagę na szereg szczegółów technicznych, rozstrzygających o ostatecznym wyniku. Zły dobór przypadków (niezupełnie ruchome tyłozgięcie, równoczesne obniżenie pochwy i macicy) przyczynia się również do niesłusznie ujemnego sądu o tej pożytecznej operacyi. *B. Wojciechowski.*

H. Rödiger. **O przypadku donoszonej ciąży międzyblaszkowej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 31). Rzadki ten przypadek dotyczy 36-letniej wieloródki, która, z wyjątkiem duru brzusznego, czuła się zawsze zdrową. Kobieta ta zastąpiła w listopadzie, uczuła ruchy w kwietniu, pracowała w polu, dopiero z końcem sierpnia doznała bolów i krwawiła przez dni kilka. Z początkiem września ustały ruchy, a przez 3 następne miesiące utrzymywały się peryodyczne krwotoki, wśród czego objętość brzucha się nie powiększała. Badanie stwierdziło po upływie tego czasu macicę pustą, a obok niej ku stronie prawej i ku górze duży guz torbielowaty, sięgający 4 palce ponad pępek, dziwnie mało ruchomy. Przez lewe sklepienie dało się wybadać ciało, przypominające główkę płodu, a w sutkach był obfity pokarm. Podczas operacyi oddzielił R. łatwo zrosty w zatoce Douglasa, przyszył ścianę guza do brzegów rany brzusznej i otworzył guz, z którego wylało się $1^1/_2$ litra brudnych wód, poczem wydobył R. płód donoszony, 4 kg. ważący, w początkowym okresie wymoknięcia. W dnie worka leży łożysko. Po obfitem przepłukaniu worka wytamponowano go gazą. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, po 20 dniach wydobyto z rany z łatwością łożysko, po dalszych 3 tygodniach zagoiła się rana bez przetoki. Po 3 miesiącach była osoba ta zdolna do zwykłej pracy, a badanie, wówczas przedsięwzięte, nie wykryło żadnych następstw po przebytej ciąży zewnątrz-macicznej. *B. Wojciechowski.*

E. Bumm. **Cięcie przyłonowe (pubiotomia) igłą.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr. 32). B. poleca zupełnie podskórne postępowanie i używa igły, którą podał Stoeckel, a którą wprowadza od dołu ku górze. Zabieg cały wraz z przepiłowaniem trwa przy pewnej zręczności 1—$1^1/_2$ minuty, a krwotok ustaje pod wpływem ucisku od strony pochwy i od zewnątrz. Ucisk powtarza się jeszcze po porodzie i utrzymuje się go przez 12 godzin. Na pierwszą dobę zakłada B. cewnik na stałe. Rentgenogramy dowodzą, że czem dalej od spojenia kość przepiłowano, tem mniej rozstępują się jej brzegi. Zmniejsza się rozstęp również przez skośne przepiłowanie kości w stosunku do kierunku stawu łonowego. Oddalanie się od spojenia łonowego zwiększa równocześnie prawdopodobieństwo silniejszego krwotoku. Zgodnie z zapatrywaniem Zweifla jest B. za pozostawieniem porodu, po przecięciu kości, siłom przyrody i wkraczaniem dopiero w razie potrzeby. W szczególności odnosi się to do pierwiastek, ze względu na nieprzygotowanie części miękkich. Uważanie obrotu i wydobycia płodu za postępowanie zasadnicze po cięciu przyłonowem, jest wręcz błędem. Na 14 przypadków oczekiwano 4 razy porodu siłami przyrody, 9 razy założono kleszcze (zazwyczaj wysokie), 1 raz dokonano obrotu. W ostatnim przypadku dziecko urodziło się nieżywe. W innym przypadku, gdzie u pierwiastki musiano założyć kleszcze, urodził się płód omdlały, który na razie docucony, zmarł po 3 dniach na zapalenie płuc. Zresztą uzyskano dzieci żywe, a wszystkie matki wyzdrowiały *B. Wojciechowski.*

K. Reinecke. **O skórzakach tkanki łącznej miednicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 32). Skórzaki jajnika stanowią 7·5% wszystkich guzów jajnikowych wogóle, skórzaki zaś tkanki łącznej miednicy należą do rzadkości, tak iż dotąd opisano zaledwie 28 takich przypadków, dokładnie spostrzeganych. R. dodaje opis przypadku własnego. 50-letnia wieloródka, rodziła 2 razy; drugi poród przed 15 laty, w położeniu miednicowem, płód urodził się siłami przyrody po główkę, a potem udusił się, zanim przybył lekarz. Po tym porodzie gorączka połogowa. Od $1^1/_2$ roku miewa chora atypowe, obfite krwawienia, doprowadzające do omdlenia. Oddawanie moczu możliwe jedynie w pewnych położeniach ciała. Od 9 lat bole w prawej połowie podbrzusza. Ciepł. 37·8°, tęt. 90. Macica powiększona, wysunięta ku przodowi i górze przez guz wielkości pięści, spychający tylne sklepienie, nieruchomy, nie chełboczący. Po wyskrobaniu macicy otwarto zatokę Douglasa od pochwy. Okazało się, że guz leży pozaotrzewnie. Po otwarciu guza poniżej odpływa treść znamienna dla skórzaka, z włosami i zębem. Wyłuszczenie doszczętne ściany torbiela natrafiało miejscami na trudności, a obfitsze krwawienie zniewoliło do wytampowania jamy gazą. Bezpośrednio od strony jamy brzusznej przekonał się R., że oba jajniki są prawidłowe. *B. Wojciechowski.*

H. Füth. **O działaniu odkażającem wyskoku i jego przyczynach.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 33). Przesadne zaufanie Ahlfelda do odkażania gorącą wodą i wyskokiem doprowadziło go do tego, iż nie wahał się wkrótce po zakażeniu ręki badać zdrową rodzącą, lub wykonać otwarcie jamy brzusznej. Zakorzenienie się takiego przesadnego zaufania u ogółu lekarzy byłoby cofnięciem się naszych pojęć o odkażeniu. To też na wniosek Zweifla przeprowadził Sarwey w 17, a F. w 4 przypadkach doświadczenia, wzorowane dokładnie na doświadczeniach Ahlfelda. Wyniki owych doświadczeń kontrolnych są ze sobą zupełnie zgodne i dowodzą, jak bardzo Ahlfeld przeceniał wartość bakteryobójczą wyskoku. Sarwey wykrył przedewszystkiem ważny błąd w doświadczeniach A., polegający na tem, iż Ahlfeld za pożywkę używał jedynie bulionu, obchodząc się bez pożywek stałych, które właśnie dawały częstokroć hodowle wtedy, gdy ich na bulionie nie otrzymano. F. sądzi, że działanie wyskoku polega nietylko na odciągnięciu wody i rozpuszczeniu tłuszczów, lecz także na wywiązaniu się ciepła w chwili łączenia się wyskoku z wodą na rozpulchnionej ręce. W sprawie tej ogłosili

Davis i Page pracę fizykalną, z której wynika, że jeżeli mieszanina zawiera 30 jednostek wagi wyskoku na 70 wody, to ciepłota podnosi się o 9·1°C., a 5 g. mieszaniny wywiązują 47·98 jednostek ciepła. Według tych badań jest bardzo prawdopodobnem, iż w korzystnych warunkach, t. j. po zadziałaniu odpowiedniego roztworu wyskoku na odpowiednio zwilżony naskórek, może podnieść się przejściowo ciepłota sporo ponad 40°, i że obok innych czynników może to podniesienie się ciepłoty wpłynąć przynajmniej hamująco na rozwój pewnych drobnoustrojów. *B. Wojciechowski.*

Gutbrod. **„Amasira" środek wewnętrzny przy bolesnem miesiączkowaniu.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 33). Od roku stosuje G. ten środek (wyrób firmy A. Locher w Stuttgarcie) z dobrym skutkiem, szczególnie u dziewcząt, w przypadkach nie powikłanych. Brak skutku w pewnych przypadkach odnosi do tych właśnie powikłań, nie dających się częstokroć u dziewcząt bez badania przez pochwę wykryć. *B. Wojciechowski.*

E. Hoerschelmann. **O używaniu tępego haka dla ułatwienia uwolnienia rączek.** *(Zentr. f. Gyn.* 1906. Nr 33). W 2 przyp. ściągnął H. przy odwinięciu rączki wysoko ustawiony bark za pomocą haka, wprowadzonego pomiędzy główkę i ramię, o tyle, że dalsze uwolnienie rączki nie sprawiało już większej trudności. Przy ostrożnem postępowaniu można uniknąć obrażeń, a sposób ten jest w razie znużenia ręki i braku asysty w pewnych przypadkach bardzo pożyteczny. Polecał go już dawniej H. Fritsch.

B. Wojciechowski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie w dniu 21 lutego 1906.

1) Kol. Doc. Bylicki wypowiedział wykład **o bolach ciążowych.** Opierając się na pracy Schatza »Schlechte Wehen und die centrale Steuerung der Wehentätigkeit«, omówił bole, występujące podczas ciąży, czasami odczuwane przez ciężarną. Jako przykład opisał przypadek z własnej praktyki. U ciężarnej kobiety wystąpiły, od drugiego miesiąca ciąży począwszy, bole, które ciężarna odczuwała, które można było stwierdzić jako skurcze macicy i które nie ustępowały przy leczeniu. Według Schatza są takie bolesne bole następstwem neurastenii lub gośćca mięśni macicy, a występują przez cały czas trwania ciąży. Celem ich jest prawdopodobnie regulowanie dopływu istot odżywczych dla płodu i odpływu wytworów wymiany materyi płodu.

Kol. Prof. Mars jest także zdania, że bole występują przez cały czas trwania ciąży. W kilku przypadkach spostrzegał także bolesne skurcze, w kilku innych znowu były nawet porodowe bole niebolesne.

Kol. Kwiatkiewicz sądzi, że bole ciążowe są wywołane nagromadzeniem się krwi żylnej w naczyniach macicy i służą do usunięcia tej krwi. Przyczyną ich bolesności mogą być często sprawy zapalne narządu rodnego kobiety.

Kol. Czyżewicz jun. przypuszcza, że bole występują nietylko w ciąży, ale prawdopodobnie także i poza ciążą, choć bezpośrednio stwierdzić się to nie da.

2) Kol. Prof. Mars przedstawia ponownie przypadek **rozstępu spojenia łonowego.** Po odbyciu porodu rozstęp ten zmniejszył się nieco, lecz przecież pozostał. Dłuższa obserwacya nie zdołała rozstrzygnąć, czy chodzi o sprawę wrodzoną, czy nabytą. Coraz to więcej przemawia jednak za tem, że jest to wada rozwojowa, spotęgowana później z powodu przebytego zmięknienia kości.

3) Kol. Bocheński przedstawia chorą, u której **rozszerzono pochwę,** prawie zarosłą na przodzie, **na tępo,** przy pomocy krążków pochwowych i drugą, u której jest także **zwężenie po porodzie,** w wysokim stopniu. Sekretarz: *Czyżewicz* jun.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 września 1906 r.

1) Karwacki przedstawił hodowlę i preparat drobnowidowy **pleśnicy** *(oidium)* **z przypadku t. zw. czarnego języka,** zaznaczając wielopostaciowość pierwiastków *pleśnicy.* Uporczywe cierpienie usunięto za pomocą pędzlowań tiolem.

Hewelke wyraża wątpliwość, aby znaleziona przez Karwackiego pleśnica biaława miała być przyczyną czarnego języka. W przypadku, opisanym przed laty przez Hewelkego i Ciąglińskiego w hodowlach, prowadzonych przy ciepłocie zwyczajnej, powierzchnia gleby w pierwszych dniach pokrywała się białym nalotem, który z czasem, w miarę dojrzewania i wytwarzania się główek sporonośnych, czerniał. W odpowiedzi Hewelkemu zaznacza Karwacki, że klasyfikacya pleśnic nie jest dokładnie ustalona, i że według niektórych botaników pleśnice, podobnie jak drożdże, mogą być niższą postacią wegetacyjną grzybków, dalej, że czarne zabarwienie języka może zależeć od zmian w samym nabłonku.

2) Karwacki, opierając się na własnych badaniach krętka łamiącego światło *(spirochaete refringens)* i na skąpych, jak dotąd, danych z biologii krętków i świdrowców, ustawia **formy pasorzytne, spotykane w zmianach przymiotowych** w następującym porządku: krętek blady, twory ziarniste, *cytorrhyctes* i formy świdrowcowe.

Bruner Jerzy sądzi, że sprawy swoistości krętka bladego nie można jeszcze dotąd uważać wcale za rozwiązaną. Najnowsze piśmiennictwo przynosi coraz więcej prac badaczy znanych i doświadczonych, którzy podają w wątpliwość nietylko swoistość tych pasorzytów, lecz nawet uważają je za wytwory sztuczne, nic wspólnego z pasorzytami nie mające. Obrazy, otrzymywane przy barwieniu srebrem są, zdaniem niektórych, szczątkami komórek, włóknami włóknika i t. p. Do tego jeszcze dodać należy, że w wielu razach nawet najdoświadczeńsi badacze nie zdołali odróżnić t. zw. krętka bladego od innych krętków. Pomyłki więc są tu zawsze możliwe.

Dębiński uważa również sprawę swoistości krętka bladego dotąd za nierozwiązaną; krętków tych nie znajdowano u wszystkich chorych na kiłę, a tam, gdzie je wykrywano, dotyczyło to powierzchni owrzodzeń, gdzie bardzo łatwo może być dużo różnych pasorzytów przypadkowych, jak również komórek zmacerowanych lub strzępów tkanek obumarłych.

Malinowski Feliks zawiadamia, że krętek blady został uznany za swoisty dla kiły na ostatnim zjeździe dermatologicznym w Bernie (12—14 września 1906). Dowodzą tego między innemi nader liczne doświadczenia Neissera i innych, którzy w zmianach kiłowych u małp stale znajdowali tego krętka. Co się tyczy rzekomych krętków bladych w zmianach niekiłowych, to: 1) próby szczepienia tych zmian nie wywoływały kiły i 2) podobieństwo to jest pozorne, co zależy od braku pewnej metody barwienia, jak to jest zresztą i co do wielu innych pasorzytów (dwoinka wiewiórowa).

Rzętkowski twierdzi, że krętka bladego zawsze odróżnić można od innych, a okoliczność, że posiada on ruch własny, wyłącza stanowczo możność upatrywania w nim tworu sztucznego.

3) Krajewski wygłosił część swej pracy pod tytułem: **„Lithiasis ductus choledochi".** Obejmowała ona zestawienie danych statystycznych różnych chirurgów zagranicznych z danemi prelegenta, opis stosunków anatomicznych, zachodzących między drogami żółciowemi a innymi narządami jamy brzusznej, wreszcie opis przypadku chorobowego, przedstawiającego, zdaniem prelegenta, typ cierpienia, zależnego od zatkania przewodu żółciowego wspólnego. *Ign. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Program XI wiecu austryackich Izb lekarskich w Krakowie jest następujący: w poniedziałek 15/X o 5 pop. zebranie się delegatów na narady wstępne; we wtorek 16/X (I dzień obrad) o 9.15 rano otwarcie zjazdu w »Domu lekarskim« (Radziwiłłowska 4), o 3 pop. dalszy ciąg obrad, o 8·30 wieczorem przyjęcie, urządzone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie; we środę 17/X (II dzień obrad) o 9 rano dalszy ciąg narad, popołudniu, o ile pozostanie czas wolny, wycieczka. Porządek dzienny obrad podaliśmy w Nr 39 str. 662 »Przeglądu lekarskiego«; oprócz przytoczonych tam spraw obejmuje on jeszcze: referat Izby wschodnio-gal. o uregulowaniu stanowiska i stosunków służbowych lekarzy więziennych; wniosek Izby dolno-austr. o ogłoszenie drukiem rozpraw wiecu najdalej w ciągu 6 tygodni; wniosek tejże Izby o reformę sprawy zgłaszania się lekarzy do Izb i w sprawie regulaminu świadectw służbowych lekarzy; wniosek tejże Izby, wyrażający ubolewanie, że lekarzy dolnoaustryackich zmuszono do biernego oporu i nadzieję, że rząd i władze krajowe wypełnią jaknajrychlej skromne a słuszne żądania tych lekarzy; orzeczenie wydziału zarządzającego Izb w sprawie reformy ubezpieczenia robotników; wniosek tegoż wydziału o okre-

ślenie pojęcia »praktyki wędrownej« w ten sposób, że jestto wykonywanie praktyki w różnych miejscowościach poza obrębem miejsca stałego pobytu, z wyjątkiem praktyki dentystycznej w takich miejscowościach, gdzie nie ma stale osiadłego lekarza-dentysty; wniosek Izby lek. zachodnio-gal. o podwyższenie dyet lekarzom, delegowanym przez rząd do zwalczania duru osutkowego, z 7 na 20 koron; wniosek tejże Izby o rozważenie pytania, kto ma udzielać Towarzystwom ubezpieczeń na życie wyjaśnień o uzdolnieniu i t. d. nowo powoływanych lekarzy tych Towarzystw (Vertrauensärzte). *R.*

W sprawie należytości za czynności sądowolekarskie wydało austr. ministeryum sprawiedliwości rozporządzenie L. 13322 z 16 lipca 1906, w którem postanawia, co następuje: 1) Lekarzom należy się zwrot poniesionych gotówką wydatków, np. na środki odkażające, nietylko przy sekcyach, ale przy każdem badaniu, a przy sekcyach obu zajętym lekarzom. 2) Opatrunki chirurgiczne wolno przy badaniu sądowo-lekarskiem usuwać tylko wtedy, jeśli to nie łączy się ze szkodą dla badanego; przeto rozległych lub skomplikowanych opatrunków zazwyczaj ruszać się nie będzie. Lekarzowi sądowemu należy się zwrot za materyały, zużyte na ponowny opatrunek, a w danym razie także i wynagrodzenie za »szczególną pracę i stratę czasu« według § 8 w. 2 taryfy z 20/III 1901 D. p. p. Nr 34. W tych sądach, gdzie opatrunki częściej bywają zdejmowane, należy zakupić zapas materyałów opatrunkowych do użytku lekarzy sądowych. 3) Sędziowie obowiązani są przed rozprawą tak się przygotować, aby mogli znawcom udzielić pokrótce objaśnień z aktów, nie odczytując ich na rozprawie w całości i nie narażając znawców na stratę czasu. 4) Za drugą podwodę dla znawców wolno rachować koszta osobno, jeżeli na miejscu nie można dostać stosownej podwody z 4 siedzeniami (»ein Wagen mit 4 Sitzen im Innenraume«, a zatem krytego powozu o 4 siedzeniach), lub jeżeli znawcy wyjeżdżać muszą z innego miejsca lub w innej porze, niż sędzia (przeszkodą wspólnego wyjazdu może być n. p. praktyka prywatna; rozporządzenie wyraźnie ją wymienia, mówiąc o przeszkodach, które należy udowodnić: »aus anderen zu bescheinigenden erheblichen Gründen, z. B. Behinderung der beigezogenen Aerzte in ihrer Privatpraxis«. Również mogą znawcy liczyć osobną podwodę, jeżeliby z utratą zarobku czekać musieli na powrotny wyjazd sędziego). *R.*

Państwowy związek austr. organizacyi lekarskich odbył w d. 28 września b. r. w Wiedniu konstytuujące posiedzenie, na które przybyli przedstawiciele ministerstwa spraw wewn. (dr Illing), namiestnictwa (dr Netolitzky), miasta Wiednia (dr Hulka), delegaci związków zawodowych następujących krajów: Bukowina, Śląsk, Styrya, Solnogród, Morawy, Czechy (sekcya niemiecka i czeska), Kraina, Tyrol, Górna i Dolna Austrya i Istrya i przewodniczący wielu Izb lekarskich. Związek lipski zastępował dr Kuhns z Lipska. Dr Illing zapewniał o życzliwości ministerstwa spraw wewnętrznych dla stanu lekarskiego, jakoteż i o tem, że ministeryum żywo interesuje się obradami organizacyi; podobnież dr Netolitzky imieniem namiestnictwa. Przewodniczącym wybrano dr Janeczka, który oznajmił, że za główny cel postawiła sobie organizacya to, by żadnej sprawy, obchodzącej lekarzy, nie załatwiano bez wysłuchania interesowanych. Potem wybrano wydział związku. Na posiedzeniu popołudniowem składał dr Nekowicz sprawozdanie o stanie oporu biernego i położeniu lekarzy w Austryi dolnej. Na wniosek dra Lederera uchwalono rezolucyę, wyrażającą solidaryzowanie się organizacyi z kolegami walczącymi w Austryi dolnej. Dalej oświadczył się zjazd po referacie dra Lederera za wolnym wyborem lekarzy i publicznem ogłaszaniem wolnych posad w kasach chorych. Wreszcie naradzano się nad państwową ustawą sanitarną; sprawę tę oddano osobnemu komitetowi. *E. S.*

W sprawie stosunku lekarzy do Kas chorych oświadczył się zjazd lekarskich organizacyi aust. za wyłącznym wolnym wyborem lekarzy. O systemie wolnego wyboru pisałem już zeszłego roku w »Przeglądzie lek.« Tu pozwolę sobie jeszcze zauważyć, że dziwną jest rzeczą, dlaczego zjazd nie pomyślał o lekarzach, którzy już dzisiaj za stałem wynagrodzeniem (pauszalą), i to nieraz bardzo nędznem, po kasach pracują, a raczej zajął się sprawą, jak na dzisiejsze stosunki bardzo jeszcze daleką. Dlaczego nie zajął się tem, co ma pod ręką? Liczba lekarzy, których byt opiera się na stałem wynagrodzeniu, pobieranem z kas, rośnie z roku na rok i będzie rosła nadal mimo platonicznych oświadczeń się wszelakich zjazdów i kongresów. I gdyby czy to dzisiaj, czy też w najbliższej przyszłości uchwalono jako logiczny wniosek, że lekarz, pracujący w kasie za stałem wynagrodzeniem występuje przeciw etyce zawodowej, to wszyscy dotychczasowi lekarze kas musieliby poskładać swe urzędy. A teraz pytanie: czyby to zrobili? Na pewno można powiedzieć, że wystąpią raczej z organizacyi. W samym Wiedniu jest takich lekarzy przeszło 500. Wynika z tego, że uchwalanie takich rezolucyi, jak w omawianej sprawie, ma bardzo szlachetne cele, ale jest najzupełniej niepraktyczne. A gdzie idzie o poprawę bytu, tam przedewszystkiem należy robić to, co jest naprawdę praktyczne.

Całkiem słusznie mogą zapytać i kasy, dlaczego też lekarze, potępiając pracę w kasach za stałem wynagrodzeniem rocznem, nie zabraniają jednak przyjmować posad gminnych, obwodowych i t. p. również płaconych w ten sam sposób. Boć chyba lekarzom idzie o system płacenia, a nie o to przecie, kto płaci. Dlaczego biedny robotnik ma mieć wolny wybór lekarzy, a inni biedni, za których płaci gmina, mają być pozbawieni dobrodziejstwa wolnego wyboru lekarza? Ktoby zatem chciał sprawę tę uporządkować, musiałby zwrócić uwagę nietylko na posady w kasach chorych, ale wogóle zająć się posadami za stałem rocznem wynagrodzeniem, czy to przez gminę, kraj czy państwo. A czyż można sobie wyobrazić, że wszyscy przeliczni lekarze austryaccy, wynagradzani w ten sposób, zgodzą się spokojnie na taki gruntowny wywrót stosunków, wstrząsający ich bytem? Pozostałaby tylko wojna domowa między posiadającymi a nieposiadającymi. *E. S.*

Przenoszenie chorób przez telefon. O przypadku tego rodzaju donosi lekarz obwodowy dr G. Bundt w »Zeitschrift f. Medizinalbeamte«. Zgłosił się mianowicie do niego gospodarz rolny, niejaki K., z objawami ciężkiego ropnego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej. W trzy tygodnie później przyszedł do tego samego lekarza urzędnik pocztowy R., z takiem samem cierpieniem, chociaż w mniejszem nasileniu. Urzędnik ten jest dozorcą urządzenia telefonicznego i musi od czasu do czasu badać urządzenia telefoniczne i właśnie przed 3 dniami badając je u gospodarza rolnego K. musiał kilkakrotnie zbliżyć usta swe do trąbki. I w ten sposób nastąpiło zakażenie. Lekarz doniósł o tym przypadku dyrekcyi poczt w Halle, która mu odpowiedziała, że na przyszłość poczyni się możliwe zabiegi dla ochrony używających telefonu. Przedewszystkiem, jak podnosi dr Bundt, należałoby dozorców telefonów pouczyć, że nie powinni zbyt przybliżać słuchawek i trąbki do uszu i ust. Jeśli w domu znajduje się chory na zapalenie błony śluzowej ust albo jakąkolwiek chorobę zakaźną, powinni urzędnicy odkazić przed zbadaniem słuchawki i trąbkę. Do tego celu najzupełniej powinno wystarczyć wobec tego, że powierzchnia tych przedmiotów jest gładka, energiczne wytarcie bezwzględnym wyskokiem. Byłoby również wskazanem zwrócić uwagę publiczności w publicznych rozmownicach, że telefonem można z łatwością przenosić choroby, jeśli się nim dotyka chorych miejsc ciała i jeśli się kaszle i rozpyla plwocinę do trąbki. *Stahr.*

Osobne sale dla gruźliczych w szpitalach powszechnych i osobne lecznice dla ciężko chorych na gruźlicę będą z polecenia rządu zaprowadzone w Prusach. Zezwolenie na budowę nowych szpitali może być udzielone tylko wtedy, jeżeli w tych szpitalach będą osobne urządzenia dla chorych na gruźlicę według doświadczenia, zebranego w sanatoryach ludowych. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 30 września do 6 października 1906 doniesiono o 5 nowych przypadkach duru plamistego w 5 gminach, a mianowicie pow. Drohobycz (Raniowice 1), Jaworów (Zawadów 1, Drohomyśl 1), Kałusz (Nowica 1, Ćwitowa 1). W Zakładzie wychowawczym OO. Jezuitów w Bąkowicach pow. Chyrów wybuchła epidemia płonicy: od 13 września b. r. zachorowało 24 wychowanków. *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 30/IX a 6/X b. r. urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 4; zmarło osób 58 (obcych 25); z tego z gruźlicy 11 (4), zapalenia płuc 4 (1), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 1 (1), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 3 (1), innych chorób zakaźnych 1 (1), śmiercią gwałtowną 1 (—).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 23/IX do 29/IX b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 7 (obcych —), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 8 (—), odry 14 (1), duru brzusznego 2 (6), czerwonki — (1), gorączki połogowej —; w tymże czasie zmarło: z błonicy 1, z płonicy 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Kursa dla lekarzy w Krakowie zamierzone są, jak to już zapowiedziano w Nr 22 »Przeglądu lekarskiego« z d. 2 czerwca, na miesiąc grudzień b. r.

— Niebywały napływ słuchaczy na Wydział lekarski przypomina czasy najsilniejszej frekwencyi z przed lat 20; na pierwszy rok studyów zapisało się dotąd 140 słuchaczy.

— R. dworu prof. dr Henryk Jordan mianowany został członkiem najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu na najbliższy 3-letni okres. Mianowanie to, powołujące do najwyższej Rady zdrowia wytrawnego znawcę spraw szkolnych i wychowania fizycznego, powitać należy z tem większem zadowoleniem, że kraj nasz poraz pierwszy mieć będzie swego przedstawiciela w naczelnej instytucyi sanitarnej państwa, z czem łączyć można nadzieje większego, niż dotąd, uwzględnienia potrzeb naszych, zyskujących teraz gorliwego orędownika. W mianowaniu tem pragnęlibyśmy też widzieć zapowiedź, iż członkami Rad zdrowia nie będą na przyszłość sami tylko miejscowi znawcy, z natury rzeczy mniej stykający się z potrzebami i stosunkami różnych krajów i okolic, niżby to było pożądane.

— Wydział związku turystycznego uchwalił podjąć u władz rządowych i krajowych starania o budowę kolei do Szczawnicy, o przyspieszenie budowy kolei do Krynicy i Truskawca, o włączenie zdrojowisk galicyjskich do linii telefonicznej międzymiastowej i o szereg udogodnień istniejącej komunikacyi kolejowej ze zdrojowiskami.

— Otwarcie nowego budynku szpitala OO. Bonifratrów odbyło się w obecności przedstawicieli władz i kół lekarskich dnia 7 b. m. Przy otwarciu przemawiali z lekarzy: imieniem Wydziału lekarskiego i innych instytucyi lekarskich krakowskich dziekan prof. Kostanecki, a imieniem lekarzy szpitala Bonifratrów prof. Bossowski. W przemówieniach podniesiono zasługi O. Laetusa Bernatka, właściwego twórcy szpitala. Jeszcze przed kilkunastu laty krakowski konwent Bonifratrów i jego szpitalik chylił się do upadku; w r. 1865 miał być dla braku środków zupełnie zniesiony, podobny los groził mu w r. 1891; w roku 1901 liczył szpitalik zaledwo 12 łóżek, a budynek był w stanie opłakanym. O. Bernatek, obrany przeorem, powiększył szpital stopniowo na 36, 60, 80 łóżek; wreszcie zebrawszy swymi zabiegami ze składek fundusze, doprowadził do skutku budowę nowego szpitala na 120 łóżek, a zarazem zdołał uzyskać wieczyste fundacye na utrzymanie prawie 30 łóżek; o resztę łóżek musi i nadal troszczyć się konwent.

Nowy budynek ma 84 m. frontu, zajmuje 1340 m²; w suterenach mieści maszyny i urządzenia do centralnego ogrzewania i do wentylacyi, piekarnię, mieszkania służby, oraz schronisko dla opilców, znalezionych na ulicy; na parterze kancelarye, aptekę, ambulatorya, pokój lekarza zakładowego, mniejszą salkę operacyjną, separatki dla chorych i łazienki; na I i II piętrze sale dla chorych, w jednem skrzydle I piętra większą salę operacyjną z przygotowalnią i t. d. Gmach cały oświetlony jest elektrycznie, zaopatrzony w wodociągi i t. p. Wszystkie urządzenia wykonano w kraju. Koszt gmachu z urządzeniem wynosił 450,000 koron.

Urządzenie wewnętrzne szpitala stoi na wysokości nowoczesnych wymagań i trzeba wyznać, że mało który zakład w kraju (z wyjątkiem klinik uniwersyteckich) może z nowym szpitalem pod tym względem się porównać. Że szpitala nie zbudowano systemem pawilonowym, jakby to było pożądane, tłomaczyć można szczupłością miejsca, jakiem pod budowę rozporządzano; budowniczy miał przez to zadanie trudniejsze, a trudności te nie we wszystkich szczegółach powiodło się rozwiązać szczęśliwie (np. okna sal operacyjnych zwrócone są na południe), chociaż najważniejsze usunięte zostały już w toku budowy przez staranie lekarzy zakładowych.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej postanowił na posiedzeniu w dniu 21 września, by prezydent Izby uczestniczył w charakterze informacyjnym w posiedzeniu związku organizacyi lekarskich w Wiedniu; następnie załatwiono kilka drobniejszych spraw, uchwalono fizykatowi m. Lwowa w sprawie jednego z zakładów techniczno-dentystycznych odpowiedzieć, że Izba nie może wkraczać na podstawie bezimiennego listu, postanowiono udzielić Izbie morawskiej wiadomości o wynagradzaniu znawców lekarzy w sądach polubownych przy zakładach ubezpieczeń od wypadków w okręgu Izby, przyjęto do wiadomości pismo lekarzy brodzkich w sprawie zatargu z tamtejszą kasą chorych, rozpatrzono zażalenie jednego lekarza przeciw zarządowi kasy chorych i postanowiono sprawę przez delegata Izby zbadać, a w końcu rozpatrywano jedną sprawę honorową.

— Krajowa Rada zdrowia na posiedzeniu w d. 2 b. m.: 1) przedstawiła kandydata do udzielenia koncesyi na trzynastą aptekę publiczną w Krakowie; 2) wydała opinię w sprawie ekshumacyi zwłok z podziemi kościoła w Rabce; 3) wydała opinię w sprawie utworzenia samoistnej gminy sanitarnej w Radomyślu w pow. mieleckim.

— XVI posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się w dniu 5/X 1906. 1) Dr Fels przedstawił ość z ryby, którą wyjął z odbytnicy człowieka starszego, skarżącego się na bole w dolnej części przewodu pokarmowego. 2) Dr Czyżewicz (jun.) przedstawił przypadek urazowego przedarcia krocza. Dotyczy on małej dziewczyny, która uciekając przed krową upadła, a krowa wtedy rogiem rozdarła jej krocze. Utrzymana błona dziewicza mimo silnego rozdarcia krocza świadczy o tem, że nastąpiło ono przez uniesienie rogiem odbytnicy ku górze. Operacyę zaszycia zamierza prelegent wykonać sposobem Fritscha i przypuszcza, że skutek operacyi ze względu na jędrne tkanki uszkodzonej będzie dobry. W dyskusyi przemawiali dr Fels i Obtułowicz. 3) Dr Wolf przedstawił *a*) dwóch chorych po operacyach ropni mózgowych, mających się zupełnie dobrze; u trzeciego chorego, którego również chciał przedstawić, w ostatniej chwili wystąpiły objawy, każące się domyślać, że tworzy się nowy ropień. Jeden z przypadków, obecnie przedstawionych, dotyczy osobnika, który na drugi dzień po uderzeniu łańcuchem w głowę zgłosił się do szpitala z wypadnięciem mózgu i następowem wytworzeniem się ropnia w mózgu, drugi zaś osobnika, który po uderzeniu w głowę kamieniem, zgłosił się do szpitala dopiero w 4 tygodnie później, skarżąc się na objawy mózgowe. *b*) Preparaty z 2 przypadków uwięźnięcia jelita cienkiego. *c*) Preparat z przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego. Dotyczył on chorego 30-letniego, który po przebyciu napadu zapalenia wyrostka robaczkowego w 4 tygodnie później zgłosił się do szpitala, skarżąc się na bole w okolicy kątnicy, nie gorączkując. Badanie stwierdziło po stronie prawej brzucha guz wielkości jaja, leżący w głębi, dający się przesuwać. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że cały wyrostek obrosły był siecią i dawał się na niej obracać jak na szypule. 4) Dr Sabatowski mówił »O klinicznem znaczeniu lewulozuryi pokarmowej«. Prelegent wykonał w klinice wewnętrznej szereg doświadczeń u chorych na wątrobę — głównie marskość, żółtaczkę i choroby zakaźne, podając im na czczo po 100 gr. lewulozy w limonadzie i badając następnie mocz co do lewulozy. Gdy u człowieka zdrowego lewuloza w moczu się nie pojawia, gdyż w wątrobie zostaje przerobioną na cukier, dający się w ustroju spalić, to u chorych na wątrobę przechodzi ona jako taka do moczu, gdzie może być wykryta próbą resorcynową. W chorobach wątroby wynik dodatni był zawsze, a więc 100 prc.; w żółtaczce raz tylko pojawiła się lewuloza w moczu, była to żółtaczka na tle kiłowem; w chorobach zakaźnych pojawiła się lewulozurya także w pewnej liczbie przypadków. Z dotychczasowych badań należy przypuszczać, że w lewulozuryi znajdziemy objaw pomocniczy w rozpoznawaniu chorób wątroby, zwłaszcza, gdyby z ilości lewulozy w moczu wnosić można było o stopniu zmian wątroby. *t.*

Warszawa. Do Stowarzyszenia lekarzy polskich zapisało się 341 członków. Zebranie ogólne celem wyboru zarządu, komisyi towarzyskiej, wyborczej, rewizyjnej i sądu koleżeńskiego odbyło się 7 b. m.

— Dzieło dr A. Sokołowskiego »O chorobach dróg oddechowych«, wydane niedawno w tłómaczeniu niemieckiem, pojawiło się obecnie w tłómaczeniu rosyjskiem, dokonanem przez dra Sochackiego, z przedmową prof. Wagnera.

— Rada profesorów uniwersytetu warszawskiego na posiedzeniu w d. 5 b. m., w którem uczestniczyła tylko połowa uprawnionych, uznając, że prawidłowa dydaktyczna czynność uniwersytetu rozpocząć się nie może, uchwaliła prosić ministeryum o przeniesienie uniwersytetu z Warszawy w głąb Rosyi. Tylko dwóch profesorów Polaków: prof. anatomii patol. Przewoski i prof. literatury polskiej Wierzbowski złożyło »votum separatum«, żądając spolszczenia wszechnicy, któreby natychmiast pozwoliło jej na przywrócenie prawidłowych czynności. — Obecnie zaś urzędowa agencya telegraficzna petersburska przeczy pogłoskom, jakoby ministeryum zamierzało znieść uniwersytet rosyjski w Warszawie, a utworzyć natomiast polski.

— 30 września otwarto Sanatoryum dla chorych nerwowych i umysłowych we Wrzesinie pod Pruszkowem pod kierunkiem dra Edwarda Steffena.

Sprostowanie. W Sprawozdaniu z Sanatoryum dra Dłuskiego w Nr 40 »Przeglądu lekar.« na stronie 671 w tablicy I, rubryce III (wiek):

zamiast: 50—60 29 powinno być: 40—50 29
„ 40—50 12 „ „ 50—60 12,
a na stronie 672 w tablicy II, rubryce V (prątki Kocha) wiersz trzeci (»przyjechało bez prątków«) zamiast 193 ma być 103.

Mianowani: R. dw. dr Strauss zwyczajnym profesorem chemii w Wiedniu; dr Schulz z Berlina profesorem nadzw. medycyny sadowej w Halle.

Zmarli: Emer. prof uniwersytetu wiedeńskiego, chirurg dr Weinlechner w 76 r. ż. w Bruck n/L;

dr Stanisław Płaskowicki, wybitny lekarz kijowski, w Abazyi.

Dr Jan Zduń, prezes rady pow. nowotarskiej, zginął wskutek nieszczęśliwego wypadku w 39 r. ż. Zanim, jako ziemianin, poświęcił się studyom agronomicznym i pracy obywatelskiej, ukończył zmarły, pociągnięty zamiłowaniem, świetnie Wydział lekarski krakowski; osiadłszy na roli, spieszył ubogiej ludności okolicznej chętnie z bezinteresowną pomocą. Śmierć jego wywołała żal zarówno wśród darzących go uznaniem współziemian, jak i wśród dawnych kolegów-lekarzy, ceniących jego wiedzę i charakter.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 38. Kijewski: W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. Dzierżgowski (c. d.).

— *Medycyna* Nr 40. Goldflam: Przypadek gorączki histerycznej. Flatau i Koelichen: (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 40. Czarnik: Dwa przypadki przedziurawienia jelita w przebiegu duru brzusznego u dzieci. Rencki (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr 10. Wrzosek: O przeszkodach w postępie patologii doświadczalnej. Goldschmidt: Luźne myśli. Bieliński (c. d.). Ramoszyński: O wiejskiej praktyce lekarskiej.

— *Przegląd higieniczny* Nr 10. Panek (c. d.). Lewiński (c. d.). Krzyżanowski: Regulamin w sprawie najmu mieszkań w Truskawcu.

— *Časopis lekařův českých* Nr 40. Šamánek: Ku sporu o profylaktický obrat. Poledne: Lymfosarkom mediastina s haemosiderinovými buňkami ve sputu. Dvořak (dok.).

— *Russkij Wracz* Nr 37. Hagen-Torn Sinuitis frontalis chron. cum dilatatione. Hanutina: Z powodu 2 przypadków twardziny skóry Żukowskij: Zakażenie przez pępowinę jako nowy sposób szczepienia. Brusztejn i Nachsidow: W sprawie objawów fizycznych przy przedwczesnem otępieniu umysłowem. Nieszczadimienko: W sprawie epidemiologii i zapobiegania błonicy. Lewoniewski: Przypadek gładkich metalowych ciał obcych w przewodzie pokarmowym.

— *Presse médicale* Nr 78. Hallion: Uwagi ogólne o niwecznikach. Morin: Gruźlica a gruczoł tarczowy.

— *Semaine médicale* Nr 40 nie zawiera prac oryginalnych.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 40. Heilbronner: Wczesne rozpoznanie i leczenie porażenia postępującego. Ribbert: O pierwotnej gruźlicy i o pylicy płuc i gruczołów oskrzelowych. Oberndörfer: W sprawie rozpoznawania różniczkowego ropni mózgowych pochodzenia usznego i przerzutowych. Elischer i Engel: W sprawie leczenia nowotworów śródpiersia promieniami Röntgena. Lotze: Eventratio diaphragmatica. Hermes: Z kazuistyki niedrożności jelit wskutek kamieni żółciowych. Dirk: O intubacyi Kuhna. Rothschuh: Przypadek świądu sromu, uleczony błękitnem światłem łukowem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 40. Rieder: O wartości prześwietlania klatki piersiowej w zapaleniu płuc. Spiess: Próby leczenia guzów rakowych przez sposób znieczulania. Kayser: W sprawie użycia pożywki żółciowej do hodowania prątków durowych z krwi. Stieda: O trzeszczkach stawów śródstopnopalcowych. Hornung i Galli: Przyczynek do nauki o tętnie naprzemiennem. Agéron: O bezskutecznem leczeniu piciem wód mineralnych w chorobach żołądka. Hoppe: O wpływie przekrwienia, ssawkami wywołanego, na oko i na przebieg niektórych chorób ocznych Schubert: Przyrząd do usypiania z urządzeniem do dawkowania. Brenner: Przypadek cięcia przyłonowego z praktyki. Burk: Trzymadło do ustalenia nogi przy zakładaniu opatrunków. Maas: Nowa opaska brzuszna. Prüsman: Kleszczyki do przytrzymywania macicy. Wieck: Przyrząd do pobierania małych ilości krwi. Breitung: Maska ochronna według Eichentopfa. Silbergleit: Praktyczne wykonanie indywidualnego żywienia w zdrojowiskach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 40: Żeleński: O zachowaniu się neutrofilnego obrazu krwi u chorych i zdrowych osesków. Pollak: O wynikach opukiwania przykręgowego i przymostkowego w zapaleniu płuc. Kurt: Praktyczne wyzyskanie siły pierwszego tonu sercowego. Volk: Ciężka choroba nerek po zewnętrznem zastosowaniu chrysarobiny. Rosenbach: Kilka uwag o metodyce naukowej i uprawnieniu zasady oportunistycznej w nauce. Salus: Biologiczna równoważność prątka okrężnicy i duru. Żupnik: W tejże sprawie.

Redakcya otrzymała: Dr Osw. Gonç. Cruz, director geral di saude publica: Relatorio apresentado ao Dr J. J. Seabra, ministero da justiça e negocios interiores. Rio de Janeiro. 1906. — Doc dr Lemberger i doc. dr Droba: Komentarz do ósmego wydania farmakopei austryackiej. Zeszyt 3, 4, 5, 6. Kraków 1906. — Karwacki L.: 1) Beitrag zur Kenntnis der Geschwulstflora. Odb. z „Centr. für Bakter." 1905. 2) Szczepienia ochronne i serodyagnostyka cholery. Warszawa 1906. 3) Wpływ surowicy Maragliano na przebieg gruźlicy u zwierząt. 1905. 4) Przecinki cholerayczne i rzekomo cholerayczne. 1906. Odbitki z „Pam. Tow. lek. warsz." 5) Untersuchungen üb. die specifischen Eigenschaften des antituberkulösen Serums von Maragliano 1905. 6) Sur l'homogéinisation des bacilles acidorésistants 1906. 7) Sur un nouveau réactif pour l'aglutination tuberculeuse. 1906. Odbitki z „Zeitschr. f. Tuberkulose". 8) Über die Schutzimpfung gegen Cholera vom Standpunkte der spezifischen humoralen Veränderungen. Odb z „Zeitsch. f. Hyg. u. Inf." 1906. — Wretowski: Seroterapia gruźlicy Warszawa 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Histosan, połączenie białkowate gwajakolu, wprowadzonego przez Sabliego do lecznictwa, poleca Dr L. Riess (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 32). Histosan wytwarza się z najczystszego krystalicznego gwajakolu i najczystszego białka kurzego i tworzy proszek jasno-brunatny, o lekko aromatycznym zapachu i smaku. Istnieje również syrup histosanowy, używany przez R. głównie do doświadczeń, z których wynika, że nadaje się on wyśmienicie do leczenia ostrych i przewlekłych nieżytów oskrzeli, że w gruźlicy działa objawowo, a w okresach początkowych leczniczo, że pobudza apetyt, działa odżywczo, że go dzieci dobrze znoszą i że szybko sprowadza poprawę stanu ogólnego. *Ztr*

L. 1.288.

KONKURS.

Urząd gminny w Chorostkowie (via Tarnopol) ogłasza niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego z płacą 1.000 Kor. rocznie.

Podania składać należy do końca grudnia 1906.

Chorostków, dnia 7 października 1906. 149

Burmistrz miasta
Hr. *Siemieński.*